

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 74

LA
DÉMENCE PARALYTIQUE
EST-ELLE UNE VRAIE DÉMENCE ?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Février 1924

PAR

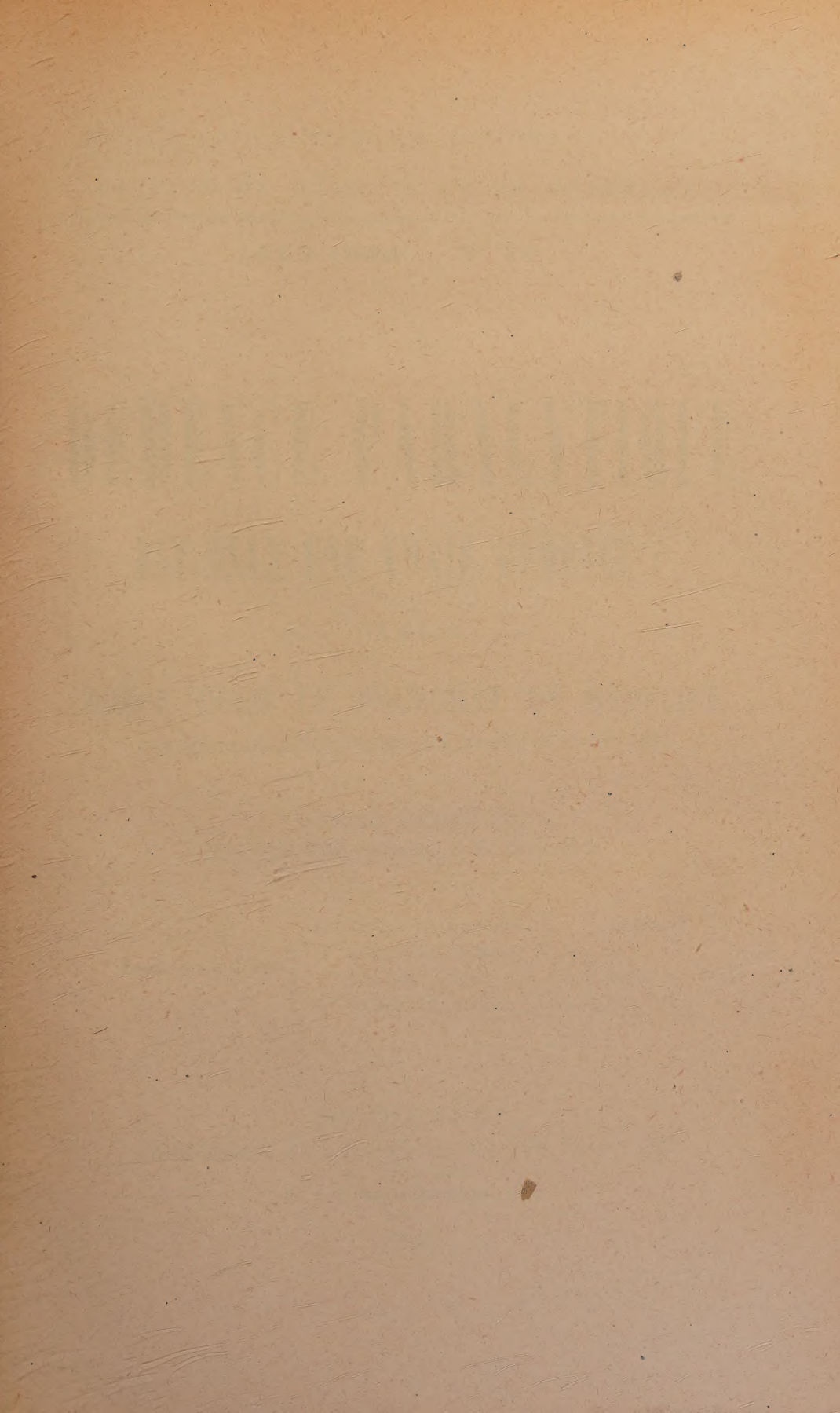
Gérard DULUCQ

Né à GIRONDE (Gironde), le 1^{er} mars 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZES, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 74

LA
DÉMENCE PARALYTIQUE
EST-ELLE UNE VRAIE DÉMENCE?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Février 1924

PAR

Gérard DULUCQ

Né à GIRONDE (Gironde), le 1^{er} mars 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	<i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

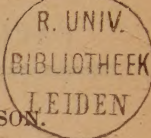
—
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
id.....	Médecine expérimentale.....
Clinique chirurgicale.....	Clinique ophtalmologique.....
id.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique gynécologique.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	Chimie biologique et médicale.....
Anatomie.....	Physique pharmaceutique.....
Anatomie générale et histologie.....	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques.....
Physiologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Hygiène.....	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Chimie.....	Toxicologie et hygiène appliquée.....
Botanique et matière médicale.....	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Pharmacie.....	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Maladies mentales.....
Histologie.....	Médecine légale.....
Physiologie.....	Chirurgie générale.....
Anatomie pathologique.....	id.....
Parasitologie et sciences naturelles.....	id.....
id.....	id.....
Physique biologique et médicale.....	Obstétrique.....
Chimie biologique et médicale.....	id.....
Médecine générale.....	Ophtalmologie.....
id.....	Oto-rhino-laryngologie.....
id.....	Pharmacie.....
id.....	
id.....	
id.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....
Médecine opératoire.....	Chimie.....
Accouchements.....	Pathologie interne.....
Ophtalmologie.....	Chimie analytique.....
Puériculture.....	Hygiène appliquée.....

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

Témoignage de ma profonde affection

A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de bien vive
gratitude.

A MA MÈRE CHÉRIE

Bien faible témoignage de mon profond
amour.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENS

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux,
Décoré de la Croix de guerre.*

Qui n'a cessé de nous prodiguer ses bien
veillants encouragements et ses précieux
conseils pendant l'exécution de notre tra-
vail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

LA

DÉMENCE PARALYTIQUE

EST-ELLE UNE VRAIE DÉMENCE ?

INTRODUCTION

Au moment où de vifs débats sont engagés entre psychiatres au sujet de la démence précoce, il nous a paru bon d'étudier spécialement l'état mental des déments et en particulier l'état mental des déments paralytiques.

Nous essaierons de dégager tout d'abord une notion claire de l'idée de démence. Nous nous demanderons si la démence est due uniquement à des troubles du fond mental, si elle serait le résultat de la destruction des centres de coordination du cerveau par un processus morbide, si le parallélisme du fonctionnement psychique et du fonctionnement nerveux est tout à fait absolu, si les troubles et les déficiences du neurone, du tissu névroglique sont les seules causes de la déchéance totale d'une personnalité psychique, si enfin il faut voir dans une certaine connexion cellulaire le fonctionnement de la mémoire et croire à l'unique intérêt des lésions organiques nerveuses connues. Ce sont là des questions auxquelles nous ne pourrions peut-être pas donner une réponse dénuée de toute critique,

mais au sujet desquelles nous pourrions envisager des solutions nouvelles.

L'historique de la question de démence, que nous nous efforcerons de traiter rapidement, nous permettra de voir comment les diverses écoles du passé ont répondu à ces questions qui restent d'un intérêt actuel.

Nous passerons donc en revue les idées anciennes, leur évolution jusqu'à la fondation de la psychiatrie moderne. Notre thèse ayant pour but l'étude de l'état mental des déments paralytiques, nous nous attacherons à étudier l'état affectif, l'état de la mémoire et de l'intelligence des malades dont nous donnerons des observations inédites après avoir reproduit deux observations intéressantes déjà publiées de paralysie générale avec rémissions.

La question des rémissions étant déjà très connue et très discutée, ce qui nous intéressera, c'est l'aspect mental des malades et les raisons pour lesquelles on peut désormais hésiter à qualifier d'états démentiels des états dont tous les facteurs ne sont peut-être pas encore connus.

Après l'exposé de nos observations, sans les reprendre chacune, nous en tirerons des conclusions communes relatives à l'état de conservation de la mémoire, de l'intelligence et du jugement complètement abolis par un état de paralysie générale avancée.

Nous tâcherons de comprendre le rétablissement progressif mais rapide des divers processus psychologiques en essayant de le faire cadrer ou de le montrer incompatible avec la théorie classique des auteurs français sur la démence.

L'état affectif et intellectuel de la personnalité n'ayant pas été définitivement désagréé par les lésions organiques que l'on ne peut pas nier dans l'état avancé de déchéance où sont tombés les malades atteints de paralysie générale, et les troubles de la mémoire ne correspondant plus à la disparition systématisée de groupes de souvenirs disparus à tout jamais par l'anéantissement des cellules nobles, la vie affective et la vie morale n'ayant pas davantage sombré dans la circonstance que la vie intellec-

tuelle de la personnalité, avec le retour de la liberté psychologique revient le fonctionnement normal de la vie psychique.

Quelle est la cause morbide qui supprime liberté et fonctionnement ? De quelle nature est-elle ? Nous ouvrirons le débat sans pouvoir peut-être lui donner une solution très satisfaisante. Mais comme les philosophes ont pu donner des solutions explicatives, nous nous arrêterons à celles de M. Bergson, relativement du moins au problème de la mémoire.

Nous envisagerons au point de vue clinique quels sont les enseignements à tirer de l'exposé des observations que nous avons cru bon de publier, en notant le rapport de ces états démentiels paralytiques avec les états confusionnels.

Nous en arriverons enfin à exposer nos conclusions en tenant compte de l'état sommaire où se trouve encore la question au point de vue physiologique. Cependant, dans l'état actuel de la question de la démence, si nous admettons la définition classique des auteurs français, la conservation intégrale et la réapparition de la personnalité psychique sans aucune lacune, au cours des rémissions, peut nous faire croire que le mot de démence paralytique n'est pas le terme exact et que l'étude de cette maladie, loin de se faire en une systématisation trop hâtive, doit être dirigée dans un sens nouveau qui permettra de découvrir des facteurs encore cachés.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la notion de démence.

De tout temps, l'attention des penseurs a été attirée par les phénomènes curieux de la démence, un état qui rejette en dehors de toute vie sociale un individu dont la personnalité psychique, qui auparavant offrait les mêmes aspects que celle de ses semblables, semble détruite. Cet état ne pouvait exister sans que naissent des essais d'interprétation.

Il est d'ailleurs possible que l'humanité primitive ait eu moins à souffrir de ces états, car il n'est pas douteux que c'est dans les civilisations les plus avancées que l'on trouve le plus de déséquilibre mental.

Que pouvait être la démence pour un Platon qui considérait l'intelligence humaine comme un absolu sinon une des formes de l'imperfection, une erreur incompréhensible de la nature.

L'état peu avancé de la science psychologique et le dualisme philosophique opposant l'intelligence à la matière ne facilitent pas la tâche d'une systématisation de la folie, aussi les penseurs et le peuple antique voyaient-ils une intervention surnaturelle influencer sur l'état mental des humains : l'épilepsie, la démence étaient des maux sacrés.

Mais il y eut aussi des écoles médicales ou matérialistes qui affirmaient que la folie est un trouble d'origine somatique.

Les Épicuriens avaient de nombreux adeptes.

Que pensait Hippocrate de la démence? Le grand médecin antique n'a exposé que des notions de détail positives dans

lesquelles on retrouve l'influence de ses théories des quatre humeurs : le sang, la bile, la pituite et l'atrabile de l'état desquelles dépend l'intégrité de la raison.

Pour Aristote, c'est le cœur qui est le siège de l'âme et de l'intelligence ; de la chaleur ou du refroidissement du cœur dépendent les troubles de la raison. La raison est conservée tant que le sang n'est pas corrompu.

A cette école, mettant l'origine de la démence dans les troubles somatiques s'oppose celle de Platon pour qui l'âme et l'intelligence sont immatérielles et absolues. Cependant, le centre psychique de l'individu a son siège dans l'encéphale ; toutes les écoles matérialistes ou spiritualistes n'ont jamais mis cette croyance en doute depuis les enseignements de Platon.

Érasistrate a pu nous dire :

« Les hommes n'ont de joie, de plaisir, de gaieté, de prudence que par le cerveau ; par lui nous viennent aussi les peines, les tristesses, les chagrins, la perte de la raison. C'est par le cerveau que nous tombons dans le délire, dans la manie, car ces divers états se produisent quand le cerveau est malade. » Les affirmations scientifiques n'empêchaient pas les croyances astrologiques d'avoir cours. Comment est-on arrivé à concevoir l'influence des astres sur l'état mental ?

On s'est demandé si le Dieu Intelligence de Platon, totalement séparé de la matière, ne pouvait pas influencer sur celle-ci et comment. Les cultes secrets de l'Orient voyaient l'influence divine s'exercer par l'intermédiaire de forces astrales inconnues.

Si du monde grec et oriental nous tournons nos regards vers le monde latin, nous voyons déjà la psychologie d'un Celse essayer d'éclairer les esprits par un éclectisme matérialiste, nous lui devons le terme même d'aliénation mentale.

Galien se borne à constater l'existence de l'âme rationnelle dans l'encéphale et de l'âme irrationnelle qui habite le reste du corps. Des troubles humoraux sont à la base des troubles psychiques et de la folie.

Dans tout le monde antique, le problème de la folie est donc

envisagé sous la double forme psychologique et somatique et les écoles matérialistes et spiritualistes s'affrontent déjà sans qu'aucune classification ait été apportée dans l'étude des troubles mentaux.

Quelle fut la réponse des penseurs du moyen âge ? Les luttes des disciples, de Platon ou d'Aristote n'apportent pas de résultats intéressants et les esprits les mieux intentionnés attribuent aux démons tous les accès de folie et toutes les formes de démence.

Le dément n'est plus l'objet de vénération de l'antiquité, mais objet de réprobation soumis aux artifices de Satan. La seule thérapeutique toute spirituelle est l'exorcisme.

Cependant, à côté de l'opinion populaire, les médecins éclairés comme Van Swieten, revenant aux théories hippocratiques, attribuaient les troubles démentiels à la bile, au sang, à l'atrabile, à la pituite.

Une nouvelle école, l'école animiste de Stahl et Vanhelmont, donna naissance à une notion de principe vital et d'esprits vitaux.

Stahl voit à la folie une origine morale créant des troubles dans les forces vitales qui tendent à maintenir l'équilibre des fonctions de l'organisme tout entier. Des troubles de ces forces dépendent les troubles démentiels.

Suivant l'évolution de l'idée de démence en Allemagne, nous voyons qu'un Heinroth reviendra à une sorte de platonisme. Pour ce penseur, la perte de la raison est due à la suspension de la liberté pour une cause morbide apparente ou cachée ; la cause première de la folie est l'immoralité.

A cette école s'opposera Jacobi qui créera la folie sympathique et recherchera loin du cerveau les causes de la démence.

Nous aurions voulu dans cet historique marquer par des définitions plus précises les différentes étapes de la notion de démence dans l'antiquité et au moyen âge. De toutes les discussions d'école antiques ou médiévales, nous n'avons pu tirer une notion bien nette des états démentiels. Il eût fallu, pour arriver à une définition précise du seul objet qui nous occupe,

trouver, chez les divers auteurs que nous avons cités, des notions de médecine mentale qui n'existaient pas à leur époque et qui seront dans la suite très lentement élaborées. Aussi e vous-nous plutôt trouvé chez ces auteurs des interprétations trop générales de faits mal connus plutôt que des définitions cliniques. Dans l'incertitude où se trouve la science, les systèmes sur lesquels elle s'appuie semblent prendre plus d'importance.

Il faut arriver aux encyclopédistes pour rencontrer avec la première ébauche de systématisation des maladies mentales les premières définitions. Il semble peut-être cependant que des travaux médicaux antérieurs aient inspiré, sans que nous puissions en découvrir les sources originales, l'article du *Dictionnaire* dû à d'Aumont :

« La démence, dit cet auteur, est une maladie que l'on peut regarder comme la paralysie de l'esprit qui consiste dans l'abolition de la faculté de raisonner. Elle diffère de la fatuité qui est la diminution et l'affaiblissement de l'entendement et de la mémoire. On doit aussi la distinguer du délire qui consiste dans un exercice dépravé de l'un et de l'autre. Quelques modernes la confondent encore avec la manie qui est une espèce de délire avec audace dont il n'y a pas le moindre soupçon dans la démence.

» Les déments ne comprennent rien, ne se souviennent de rien, n'ont aucun jugement, sont très paresseux à agir. Ils restent le plus souvent sans bouger de la place où ils se trouvent. »

Comment expliquer ces états ? Les encyclopédistes en voient la cause dans une lésion des fibres nerveuses. « C'est une abolition de la disposition des fibres du cerveau à éprouver les impressions. La vivacité des affections de l'âme dépend de la vivacité des impressions faites sur ces fibres. » « Si les fibres perdent leur ressort par une trop grande tension, de violentes passions ou par une cause organique comme la paralysie », on a l'état démentiel, « il peut être causé encore par un vice des esprits, par l'atrophie du cerveau, par l'épilepsie ou les autres affections nerveuses ».

Par cet essai de systématisation, nous voyons que les encyclopédistes font faire un progrès marqué à la notion de démence, mais comme nous sommes loin encore des classifications modernes.

C'est seulement avec Pinel que nous entrons dans la voie des découvertes fécondes. Les caractères spécifiques de la démence sont décrits par ce grand médecin qui voit dans cette affection la forme la plus complète de la folie. « Succession rapide ou plutôt alternative, non interrompue, d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, mouvements désordonnés et actes continuels d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté de percevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continue sans but et sans dessein, sorte d'existence automatique. »

Pinel peut être considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, nous sommes arrivés à une époque où la clinique mentale va se fonder sur des connaissances objectives, où l'on essaiera de découvrir les vraies causes de la démence.

La promulgation du Code pénal coïncide avec cette époque de transformation de la science des maladies mentales et on y sent encore l'incertitude des idées sur la notion de démence. L'article 64 du Code pénal dit simplement :

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Pour tout commentaire de cet article, nous donnerons l'opinion de deux jurisconsultes, MM. Chauveau et Faustin Hélie :

« Par démence, disent-ils, on doit entendre, puisqu'aucun texte n'en restreint le sens, toutes les maladies de l'intelligence, l'idiotie et la démence proprement dites, la manie délirante et la manie sans délire, même partielle. Toutes les variétés de l'affection mentale, quelles que soient les dénominations que leur applique la science, quelque classification qu'elles aient reçues, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé, pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée. »

C'est au médecin légiste que revient précisément la tâche de découvrir l'influence vraie des affections mentales sur la perpétration de l'acte et d'estimer le degré d'atténuation de la responsabilité, puisque pour le Code pénal la notion de démence est demeurée ce qu'elle était avant d'Aumont.

Un des plus illustres fondateurs de la psychiatrie après Pinel fut certainement Esquirol :

« La démence, nous dit-il dans son *Traité des maladies mentales*, est une affection cérébrale ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. L'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection, l'homme qui est dans la démence a perdu la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer, d'en garder le souvenir complet, d'où résulte l'impossibilité de raisonner juste.

» Dans la démence, les impressions sont trop faibles, soit parce que la sensibilité des organes de sensation est affaiblie, soit parce que les organes de transmission ont perdu de leur activité, soit enfin parce que le cerveau lui-même n'a plus assez de force pour percevoir et retenir l'impression qui lui est transmise, d'où il résulte successivement que les sensations sont faibles, obscures, incomplètes. Les individus en démence ne sont pas susceptibles d'une attention assez forte, ne peuvent se faire une idée claire et nette des objets ; ils ne peuvent ni comparer, ni associer les idées, ni abstraire ; l'organe de la pensée n'a pas assez d'énergie, il est privé de la force tonique nécessaire à l'intégrité de ses fonctions. Dès lors, les idées les plus discordantes se succèdent indépendantes les unes des autres ; elles se suivent sans liaison et sans motif, les propos sont incohérents. »

Il ne manque presque rien à ce tableau de la démence, tous les troubles des sens, de l'intelligence et du jugement sont justement observés. La désagrégation psychique correspond au fonctionnement défectueux du cerveau dû à des troubles physiologiques.

Esquirol n'eut cependant pas la faveur entière de ses successeurs, et Georget, dans son *Traité de la folie*, ira jusqu'au bout de la pensée matérialiste qui se dessine dans les écoles nouvelles.

« L'intelligence, affirme-t-il, peut être considérée comme une fonction qui se compose de l'exercice de facultés plus ou moins nombreuses, selon les besoins des divers genres d'animaux dont quelques-uns, qui tiennent de plus près à l'existence individuelle, se rencontrent dans toutes les espèces, tandis que d'autres, d'un ordre plus élevé, n'existent que chez ceux qui, vivant en société, ont besoin d'étendre plus loin leurs relations avec les corps environnants. »

Le maintien de « l'intelligence résulte du concours indispensable de l'action des objets extérieurs perçus et des dispositions intellectuelles primitives ; toutes les fois que ces deux conditions existent séparément, la pensée est nulle ».

Pour Georget et son école, la cause de la démence réside dans les lésions cérébrales entraînant la disparition des dispositions intellectuelles.

La notion de démence devient de plus en plus précise, et avec Morel la classification deviendra encore plus nette.

Nous lisons dans son *Traité des maladies mentales* : « La démence n'est pas, à proprement parler, une forme primitive, mais plutôt un état terminatif. Mais aussi, comme il arrive que les nombreux aliénés tombés en démence, quel que soit le point de départ primitif de leur affection, forment une nombreuse famille dont tous les membres ont des caractères communs et se reconnaissent à des signes intérieurs et extérieurs certains, je pense que l'ordre et la méthode que je cherche à introduire dans les maladies mentales ne souffrira nullement d'une classification qui fait de la démence une variété si importante de la folie. »

» Si nous examinons la démence dans son acception la plus large : affaiblissement progressif et général des facultés, nous resterons convaincus que, en dehors de l'aliénation mentale, cette terminaison fatale est le lot inévitable de l'humanité.

» Il y a deux démences : la démence naturelle et la démence résultant d'un état pathologique du cerveau qui a atteint les individus avant l'âge fatal assigné à la continuité et aux progrès de nos aptitudes intellectuelles. »

Après avoir dégagé et éclairci la notion de démence, Morel a eu le mérite d'esquisser une classification.

Avec Ball, nous allons arriver à une notion tout à fait précise.

« Pour l'aliéniste, la démence est l'abolition plus ou moins complète des facultés de l'esprit. C'est le dernier terme de ces processus morbides qui, sous les formes les plus diverses et avec les altérations les plus différentes, aboutissent plus ou moins rapidement à une déchéance commune. On comprend, dès lors, que la démence, conséquence ultime d'une multitude d'états fort différents, doit refléter nécessairement dans ses caractères symptomatiques la diversité de ses origines.

» Nous appliquerons le mot démence à un état incurable qui reconnaît les origines les plus diverses, mais qui se caractérise essentiellement par la ruine irrémédiable de la raison. »

C'est la définition à laquelle s'arrêtera toute l'école classique française.

Régis a donné la classification définitive des démences en démences primitives et en démences secondaires ou vésaniques qui sont l'aboutissant des folies maniaques ou mélancoliques durables.

Le caractère principal des démences est leur irréductibilité. Aussi comprend-on la résistance des auteurs français à accepter le terme de démence précoce pour désigner une maladie que l'on affirmait souvent pouvoir être guérie ou améliorée. L'étude clinique de la démence précoce est instructive à cet égard. La disparition des sentiments affectifs, l'affaiblissement de l'intelligence, la disparition de la mémoire, enfin la désagrégation terminale de la personnalité s'ajoutant aux troubles moteurs, on a tout le tableau d'une démence. Si l'on admet pour cette maladie une étiologie analogue à celle d'une démence primitive basée sur les troubles apportés dans les centres nerveux par des lésions cellulaires, l'état mental des déments précoces devient

inexplicable. La variabilité des troubles somatiques est aussi grande que les troubles mentaux sont paradoxaux.

Parmi ces troubles paradoxaux, un des plus curieux est celui de la mémoire qui est sujette à de très grandes variations. La mémoire de fixation semble parfois abolie et cependant parfois les déments précoces se rappellent fort longtemps après un acte des plus banals. Ils ne peuvent évoquer un souvenir sur l'heure, mais l'évoqueront au moment où l'on s'y attend le moins avec une clarté extraordinaire. Il est difficile de concilier ces faits avec une marche progressive de la maladie vers la déchéance définitive des fonctions psychiques.

Dans les formes délirantes de la maladie, on a un tableau clinique analogue à celui des états confusionnels : stupeur, incohérence des idées, troubles de la mémoire, mais on a assisté souvent à une évolution vers les troubles démentiels.

« C'est, dit M. le professeur Régis, à la théorie qui voit dans la démence précoce à forme catatonique une psychose par altération des fonctions psychiques supérieures et leurs organes que nous nous rattacherons, en ajoutant, ce qui n'est pas le moins du monde incompatible, au contraire, que l'altération dont il s'agit est d'origine toxique et infectieuse et que comme toutes les lésions toxiques des cellules nerveuses elle peut aboutir à la réparation, aussi bien qu'à leur désintégration partielle ou complète, fait qui seul peut expliquer les guérisons, les rémissions et les incurabilités de la démence précoce. »

Cependant, à la faveur de ces discussions, certains auteurs ont cru qu'il était nécessaire de modifier la signification du terme démence dans un sens nouveau. Mignard étudie les variations de valeur de l'activité mentale dans les démences, critique la notion de déficit intellectuel définitif dans ces états et nous donne la définition suivante :

« La démence est une réaction habituelle et habituellement continue de déchéance ou de dégradation de l'activité mentale qui se produit lorsque cette activité rencontre des obstacles divers, mais assez importants pour la gêner dans ses principales manifestations et d'une manière durable. »

Par là même on met en doute le principal attribut des états démentiels : l'irréductibilité.

Malgré les discussions qui se poursuivent au sujet du terme démence, il semble cependant que l'opinion classique est unanime à considérer la démence paralytique comme une démence organique vraie.

L'opinion émise par Bayle dans sa thèse sur *L'arachnitis chronique* demeure toujours le fondement des idées classiques admettant l'unicité des troubles psychiques, physiologiques et anatomiques qui progressent parallèlement.

« Ce parallèle, dit Bayle, fait à toutes les époques de la maladie, offre un rapport constant entre le délire et la paralysie. On voit celui-ci parcourir tous les degrés qui séparent l'aliénation de la destruction entière des facultés de l'entendement pendant que celle-ci parvient du simple embarras des mouvements jusqu'à l'immobilité presque complète de tout l'appareil locomoteur. On ne saurait donc se refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie, c'est-à-dire de l'arachnitis chronique. »

Malgré les efforts d'Esquirol, de Calmeil, de Delaye, de Duhamel et de Baillarger, qui combattirent l'unicisme de Bayle, il semble que persiste toujours l'idée classique d'une démence paralytique organique à causes anatomo-pathologiques.

CHAPITRE II

Notions sur la paralysie générale et les rémissions.

Avant de présenter nos observations relatives à l'état mental des déments paralytiques nous devons tracer un tableau rapide de la paralysie générale, étudier la question de l'étiologie de la maladie et voir quelle est l'attitude des psychiatres modernes devant les faits nouveaux qu'apporte l'étude plus attentive des rémissions au cours de la démence paralytique.

Le paralytique général à la première période présente quelquefois des symptômes fugaces, sa mémoire est simplement un peu affaiblie, sa parole est un peu embarrassée, les moments d'absence et de distraction se multiplient, quelques mouvements et trémulations musculaires apparaissent; à ce moment naissent également des impulsions brusques si fréquemment à sens érotique.

Un délire de grandeur, reconnu par Bayle comme un des signes capitaux de la maladie, finit généralement par s'installer dans l'esprit du malade qui voit alors s'affaiblir son état mental et fait des projets extravagants qui peuvent sembler naturels à des personnes non averties. Des alternatives d'euphorie et de dépression mentale sont souvent observées.

Nous voyons à cette période l'inégalité pupillaire apparaître, la parole devenir nettement embarrassée, on observe des mouvements musculaires de la langue, les trémulations des membres. Les réflexes sont exagérés et l'on voit s'installer le signe d'Argyll-Robertson.

L'analyse du sang donne généralement un Wassermann

positif, et le liquide céphalo-rachidien contient une forte proportion d'albumine et de lymphocytes.

Après quelques mois le malade devient très amaigri, cachectique, les symptômes somatiques s'accroissent en même temps que décline sérieusement la lucidité intellectuelle. Les souvenirs des faits récents et la mémoire des faits importants de la vie ont disparus, les opérations les plus simples sont sans solution, la démence apparaît et la personnalité psychique semble définitivement sombrer.

A quoi imputer les phénomènes démentiels? A l'attention anatomique des organes nerveux ou à une cause toxique? La question n'est pas résolue, mais dans ces dernières années tous les médecins ont attribué la maladie à une cause spécifique, la grande majorité des paralytiques généraux ayant une réaction de Wassermann positive. La spécificité suffit-elle, et les causes adjuvantes ne semblent-elles pas parfois prendre le pas sur l'origine spécifique? La question du traumatisme agent de paralysie générale a été très controversée. Nous laisserons de côté l'étiologie de la paralysie générale pour nous attacher à l'étude du cours de la maladie.

Il ne semble pas y avoir de régularité dans la durée d'évolution et dans la progression de la maladie même dans les états démentiels, les rémissions sérieusement observées en font foi. Il est aujourd'hui admis que des déments paralytiques retrouvent lentement ou par un processus plus rapide l'entière liberté de pensée, que la mémoire et l'intelligence reparaissent, mais aussi que cette réapparition dont la cause est peu connue ne signifie pas que le malade est en voie de guérison. La paralysie générale demeure une maladie incurable tant que la cause de son évolution sera inconnue. Il fut un temps où l'on nia simplement les rémissions et où l'on qualifia de fausses paralysies générales les paralysies à rémissions. Contre cette opinion tous les traités cliniques affirment sans commentaires étiologiques l'existence de rémissions plus ou moins longues dans le cours de la démence paralytique. On a écrit cependant que la paralysie générale est curable, en s'appuyant sur le fait que des militaires

traités par l'iode ont été remis à leurs familles avec une réforme, et que probablement la guérison avait dû suivre l'amélioration ; aucun cas précis n'a pu cependant être publié.

Avant d'exposer nos observations inédites, nous reproduirons 2 observations très intéressantes de paralysie générale avec rémission déjà publiées par M. Damaye et M. Laignel-Lavastine.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

Due à M. DAMAYE, médecin de l'Asile de Bailleul.

M^{me} C..., boulangère, entre à l'Asile de Bailleul, le 1^{er} juin 1907, à l'âge de 37 ans. A eu son certificat d'études à 12 ans. Savait très bien calculer, tenait le comptoir chez elle. Certificat du docteur Patoir.

« Perte presque absolue de la mémoire et du raisonnement, impossibilité absolue de se conduire et de se diriger, incohérence dans les idées et dans les actes. Gâtisme, amaigrissement progressif. Tremblement des mains et de la langue. Troubles de la parole, inégalité pupillaire, incertitude de la démarche. »

A son arrivée à l'Asile, facies hébété. On obtient d'elle quelques mots de réponse indiquant qu'elle est tout à fait désorientée, ignorante du pays où elle se trouve, mais qu'elle a conscience d'être dans un hôpital. Le lendemain matin, même hébétude. En fait de parole, on n'obtient d'elle que le mot « cassé » répété invariablement à chaque question qu'on lui pose, avec un air égaré.

Visage amaigri, inégalité pupillaire avec insensibilité presque complète à la lumière. Langue très saburrale avec mouvement de trombone. Parole embarrassée. Tremblement des mains et état spastique des membres inférieurs. Le réflexe patellaire est néanmoins aboli des deux côtés.

Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Un peu d'albumine.

La malade fut bien alimentée et fréquemment purgée. Son état

physique s'améliora et l'état mental se modifia parallèlement. En octobre, la confusion est dissipée en grande partie.

8 octobre 1907 : Cause un peu et répond aux questions qu'on lui pose. Calme. S'alimente bien ; pleure de temps à autre et dit que c'est parce qu'on l'a changée de quartier, veut retourner chez elle. Sait qu'elle se trouve à Bailleul « dans une maison de folles », mais ne peut dire depuis combien de temps elle y est. Ne sait ni le mois, ni l'année, mais se rend compte que l'on n'est pas tout à fait en hiver. Répond sur un ton larmoyant. Gâte encore. Les signes physiques ne sont pas modifiés.

$$\begin{array}{r} 3 \times 2 = 6 \qquad 4.218 \\ + 3.695 \\ \hline 7.803 \end{array}$$

A dater d'aujourd'hui, 2 grammes d'iodure de potassium en potion chaque jour.

13 novembre : Le gâtisme diminue, l'embarras de la parole a presque disparu. Ne sait encore ni le mois, ni l'année.

15 novembre : On porte à 3 grammes la dose d'iodure.

10 décembre : On ajoute à son régime quotidien 50 grammes de viande crue. Ne pleure plus, commence à travailler un peu. On remplace l'iodure par des injections massives de liqueur iodo-iodurée tous les deux jours.

24 décembre : Alternatives de mieux et de moins bien dans son état mental. Pleure encore à certains jours.

11 janvier 1908 : S'occupe assez régulièrement, ne gâte plus que très rarement, sait la date actuelle. Sait qu'elle est à Bailleul-Nord, ne peut dire en quelle nationalité ; répond indifféremment : Autriche, Belgique ou France.

Le tremblement de la langue a disparu, mais les autres symptômes physiques persistent.

27 janvier : Est maintenant très bien orientée et s'occupe toute la journée, ne gâte plus.

8 février : Urines jaune paille, acides. Trace d'albumine, pas de sucre.

28 février : Apparition des règles pour la première fois depuis qu'elle est à l'Asile. Cesse la viande crue.

4 mars : On remplace les injections iodo-iodurées par une potion avec 1 gramme d'iodure.

24 mars : Apparition des règles pour la seconde fois.

On substitue du sirop de raifort iodé à la potion iodurée.

27 mars : Les règles ont cessé aujourd'hui.

'Dans les calculs, elle commence à tenir compte des retenues:

243

622

189

10.854

30 mars : Est rendue à sa famille qui la réclame avec insistance depuis quelque temps. Le jugement n'est pas encore intégralement récupéré et il persiste une certaine irritabilité, un certain déséquilibre dans l'humeur et les idées.

Les signes pupillaires et la nullité des réflexes patellaires persistent. Pas de troubles de la marche.

Revient à l'Asile le 9 avril 1909 en état de grossesse avancée, de maigreur considérable et de plus avec une fracture bi-malléolaire de la jambe droite.

Elle me reconnaît bien, mais ne sait pas dire exactement depuis combien de temps elle avait quitté l'Asile. La sécrétion lactée tend à se produire. M^{me} C... dit qu'elle sent l'enfant remuer et que ses dernières règles datent de septembre dernier, elle dit que chez elle, depuis sa sortie, elle tenait le comptoir et servait les clients.

Quel jour sommes-nous ? — Le 3 avril.

En quelle année ? — En 1889.

Oh non ! — En 1887.

Vous venez de Lille ? — Non, je viens de chez moi (inexact. Deux religieuses viennent de l'amener venant de l'Hôpital Saint-Sauveur. La malade croit que les religieuses sont venues la prendre chez elle pour la conduire ici).

Pourquoi vous a-t-on ramenée à Bailleul ? — Parce que j'avais la jambe cassée.

Depuis quand est-elle cassée ? — Au 1^{er} janvier, elle s'est cassée en tombant.

Mais depuis ce temps, elle devrait être guérie ? — Oui, elle ne me fait plus de mal.

L'intelligence semble avoir notablement baissé depuis que la malade a quitté l'Asile. Pas de tremblements de la voix, ni de la langue. Réflexe lumineux très diminué, pupilles inégales.

Réflexe patellaire nul. Gâtisme. Appareil plâtré. 100 grammes de viande crue, un litre de lait, deux œufs crus, bouillon en plus du régime ordinaire.

14 avril : Il y a déjà une grande modification dans son état physique, l'appétit est bon.

Depuis combien de jours êtes-vous ici ? — Depuis quatre jours, on est venu me prendre à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Quel jour sommes-nous ? — Le 3 avril.

En quelle année ! — En 1809. Je suis enceinte de six mois et demi, on va m'accoucher au mois de juin, j'ai du lait et je nourris mes enfants. On m'a bien arrangé ma jambe, j'ai un bel appareil, on me soigne bien ici.

20 avril : A oublié mon nom qu'elle savait bien à son arrivée et m'appelle M. Didier.

3 mai : L'intelligence semble baisser progressivement, la malade m'appelle toujours M. Didier. Elle mange beaucoup ; se trouve très heureuse, mais depuis quelques jours, elle défait chaque nuit son appareil plâtré bien qu'elle promette chaque jour de n'y plus toucher.

16 mai : Ce matin accouche sans douleurs, sans efforts, d'un garçon bien constitué.

8 septembre : Depuis une huitaine de jours, amélioration de l'état mental vraiment surprenante. Sous l'influence du régime, l'état physique s'est relevé d'une façon merveilleuse depuis l'accouchement. La malade est maintenant gaie, cause spontanément, sait bien la date actuelle, l'année, sait depuis combien de temps elle est accouchée, depuis quand elle est rentrée à l'Asile. Reconnaît spontanément qu'elle faisait erreur en m'appelant M. Didier. S'occupe à coudre. Cependant la guérison n'est pas intégrale. Se croit guérie ; gâte de temps à autre, croit que le médecin-chef s'appelle « M. Champagne ».

9 septembre : Sang prélevé vers 11 heures du matin :

E. = 2,4;

P. = 52;

Int. = 9,2;

L. = 7,8;

Moyens et grands monos = 28,6.

La plupart des intermédiaires sont des mononucléaires réniformes.

1 gramme d'iodure de potassium chaque jour.

13 septembre : Sang prélevé vers 11 heures.

E. = 3,4;

P. = 52,8;

Int. = 6;

L. = 9,8;

Moyens et grands monos = 28.

Octobre 1909 : On lui annonce la mort de son enfant survenue en nourrice du fait d'une affection intestinale. La malade pleure toute la journée, mais n'y pense plus les jours suivants.

13 octobre : A oublié que son enfant est mort et parle de lui comme s'il vivait, est toujours bien orientée :

$$10 \times 10 = 100$$

$$8 \times 8 = 36$$

20 novembre : État stationnaire. Il y a diminution flagrante de l'intelligence.

Urines jaune paille, acides. Quelques centigrammes d'albumine. Quelques produits scatoliques. Pas de glycosurie.

10 décembre : Le régime lacté n'influence pas l'albumine qui semble avoir augmenté du fait de la grossesse. Reprend le régime ordinaire, car elle maigrit et refuse le lait. On cesse l'iodure.

Décembre 1910 : Depuis un an l'état est stationnaire, mais l'intelligence conserve un notable déficit. Il y a toujours, quel que soit le régime, un peu d'albuminurie.

La réaction de Wassermann pratiquée deux fois ce mois-ci à l'Institut Pasteur, s'est montrée positive. Dans le courant de 1911, le niveau intellectuel fléchit encore, la santé devient moins bonne; en 1912, au commencement de l'année, M^{me} C... devient plus faible et dut être alitée. L'intelligence diminue encore et la mort survient à

l'occasion d'une pneumonie après un début d'escarre sacrée, le 24 septembre.

Nécropsie, cinq heures après la mort : Émaciation, pas d'œdème des membres inférieurs.

Poumon droit : Quelques tubercules gris au sommet.

Poumon gauche : Quelques tubercules gris et caséeux au sommet et à la partie moyenne, adhérences interlobaires, hépatisation grise du lobe inférieur.

Péricarde un peu épaissi. Ventricules en systole. Points athéromateux à l'insertion des mitrales et au-dessous de l'implantation des sigmoïdes aortiques.

Pas de dégénération du foie; deux calculs de la vésicule.

Rate : Teinte normale du parenchyme, pas de diffuence, ni d'augmentation de volume.

Reins : Quelques adhérences de la capsule au cortex. Atrophie notable de la substance corticale et atrophie moins marquée de la médullaire. Congestion des deux substances. Trois ou quatre follicules tuberculeux disséminés aux deux reins.

Encéphale : Le cerveau n'a pas subi une atrophie considérable. Il y a peu de liquide intracranien, les ventricules ne sont pas encore très amplifiés. La pie-mère n'est pas très épaissie, mais elle adhère beaucoup au cortex.

L'examen histologique montre les lésions de la paralysie générale inflammatoire. La périvascularité et les dégénération vasculaires sont très marquées. Les lésions des cellules nerveuses et des fibres myelinées ne sont pas très avancées, ce qui expliquerait peut-être l'atrophie encore peu considérable de l'organe. Pas de pigment jaune. Les éléments ronds abondants sont représentés par des formes petites et moyennes.

Aux reins, congestion des glomérules. Infiltration leucocytaire du cortex plus intense dans la zone sous-capsulaire. Quelques cellules géantes de follicules récents. Dégénération peu avancée d'un certain nombre de glomérules. Dégénération diffuse dans la région des tubuli. Aspect hyalin des parois de quelques vaisseaux.

En somme, le syndrome paralysie générale présenté par cette malade, ajoute M. Damaye, reconnaît comme cause principale la syphilis révélée par la réaction de Wassermann.

Une lésion rénale concomitante constituait une source toxique secondaire et permanente.

Le syndrome paralytique débuta par une phase de confusion mentale et guérit, mais avec persistance du signe d'Argyll-Robertson et d'un léger déficit intellectuel. La malade rentre chez elle, mais sous l'influence d'une grossesse, l'état confusional reparait avec un aspect moins onirique et se rapprochant davantage de la confusion chronique.

Après l'accouchement, nouvelle amélioration progressive, mais moins complète que la première fois; enfin, après quelques mois d'un état cliniquement stationnaire, l'affaiblissement intellectuel reprend sa marche progressive et amène la cachexie.

Le cerveau de cette malade, conclut M. Damaye, résiste longtemps aux assauts livrés par les sources virulentes. A deux reprises, la thérapeutique aidant, la guérison s'est manifestée avec un peu de déficit.

OBSERVATION II

ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE, Société de psychiatrie, séance du 19 juin 1913.

M^{lle} G... (Marie), sans profession, est entrée à la Maison de Santé de Vanves, le 7 août 1903, à l'âge de 40 ans.

Certificat d'admission : Méningo-encéphalite diffuse, avec troubles de l'intelligence, de la parole, des sentiments, de la motilité.

Certificat de vingt-quatre heures : État cérébral caractérisé par de l'affaiblissement des facultés et des signes somatiques; inégalité pupillaire, embarras de la parole, exagération des réflexes rotuliens et affaiblissement musculaire avec démarche pénible. Moments d'agitation violente, modification du caractère.

Syphilis ancienne déjà traitée à Charenton.

Certificat de quinzaine. — Affaiblissement des facultés avec opti-

misme morbide, embarras considérable de la parole, inégalité pupillaire, tremblements et ataxie musculaire généralisée.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans paralysé après avoir eu cinq attaques.

Pas d'autres renseignements.

Antécédents personnels. — Marie G... n'a eu aucune maladie grave de l'enfance et de l'adolescence et aux dires de son père et de sa sœur, elle était bien équilibrée et se serait très bien portée jusqu'en 1890.

En 1889, elle fit connaissance d'un homme avec qui elle vécut jusqu'à ce jour. Ce dernier nous a dit avoir contracté la syphilis en 1882 et s'être soigné quelques mois à peine.

De 1890 à 1891, deux fausses couches.

En 1892, crise de légère dépression à l'occasion d'une fièvre contractée par son amant et qui nécessita une séparation momentanée.

En 1893, dépression morale avec troubles gastriques, vomissements, céphalée violente pour lesquels elle voit plusieurs médecins, suit de nombreux traitements; rien ne paraît la calmer.

Premier ictus : En 1895 se produisit un premier ictus léger avec aphasie et parésie du membre supérieur droit. Un médecin appelé auprès de la malade déclare qu'il s'agissait de syphilis. Un traitement (frictions mercurielles) fut institué et l'aphasie disparut, les céphalées deviennent moins intenses et plus rares.

De 1895 à 1902, la malade eut des crises alternantes de dépression, d'agitation, avec pleurs, menace de suicide et surtout un affaiblissement progressif de la mémoire.

En mai 1902, crise d'agitation plus violente avec cris, pleurs, nombreuses bizarreries pendant lesquelles M. Babinski consulté la fait entrer dans son service à la Pitié. Une ponction lombaire révèle une lymphocytose abondante. On porte le diagnostic de paralysie générale et M. Babinski conseille l'internement. La malade est placée à l'Asile de Charenton où elle reste pendant trois mois en traitement dans le service du docteur Ritti qui nous affirme qu'elle a présenté tous les symptômes de la paralysie générale, et, en particulier, une agitation assez vive. Soumise au traitement spécifique, la santé physique et l'état mental se sont rapidement améliorés. Une

quasi-rémission s'est produite et la malade a pu être rendue à la liberté.

D'après les dires de son amant, cette rémission fut d'ailleurs très incomplète et il constata vite le retour de certains troubles de l'humeur, de l'intelligence, de la mémoire. Ces troubles ne firent que s'accentuer et c'est dans ces conditions que la malade fut ramenée à Vanves.

Août 1903 : M^{lle} Marie entre à la Maison de Santé dans un état d'excitation avec modification du caractère et de l'humeur.

Symptômes psychiques : Caractérisés par un affaiblissement intellectuel (surtout de la mémoire) et diminution du sens moral. Elle vit dans un état d'optimisme et de satisfaction habituels.

Symptômes somatiques : Tremblements, affaiblissements musculaires, avec incertitude de la marche, troubles de la parole, troubles visuels (inégalité et troubles des réflexes pupillaires), troubles des réflexes (exagération et signes de Babinski), troubles vaso-moteurs (bouffées, congestions, pâleurs, etc.), céphalée, insomnie nocturnes avec somnolence diurne.

Le 28, légère aphasie, mais sans perte de connaissance.

Septembre et octobre 1903 : Amélioration des symptômes physiques.

Novembre 1903 : Le 5 et le 12, ictus avec aphasie, puis agitation consécutive, énormes lacunes de la mémoire. La malade s'imagine que son amant vient de la quitter, qu'on l'a changée de chambre, qu'elle nous connaît depuis très longtemps ; elle dit que nous sommes en 1892, qu'elle est née en 1864 et qu'elle a 30 ans à peine.

La nuit, agitation confuse avec turbulence et idées de persécution ; elle dit que son amant la trompe, qu'il l'a accompagnée ici, il y a trois jours, pour se débarrasser d'elle, la faire empoisonner, mais que cela ne se passera pas comme ça.

1904 : Affaiblissement intellectuel progressif avec amnésie plus complète. Les facultés morales et affectives s'émoussent de plus en plus, actes niais et enfantins.

20 juillet : Ictus léger suivi d'une période d'excitation avec optimisme.

En octobre, léger ictus avec aphasie sans perte complète de connaissance et monoplégie consécutive qui dure plus d'un mois.

État démentiel plus caractérisé.

Persistance de tous les symptômes somatiques.

Le traitement mercuriel (injection d'hermophényl et de biiodure) est institué à deux reprises; on doit y renoncer à cause d'accidents d'intoxication.

1905 : Même état de démence progressive; les idées se limitent aux choses de la vie matérielle et aux besoins de l'existence. Gâtisme.

Avril 1906 : Pendant la première quinzaine, crises épileptiformes subintrantes avec aphasie, déviation de la bouche. Démence plus marquée.

Affaiblissement physique plus accentué.

1907 et 1908 : Démence avec agitation fréquente. La malade déchire ses vêtements, crie des heures entières.

La parole est de plus en plus embarrassée. Mouvements et démarche de plus en plus difficiles. Gâtisme habituel.

Pas de troubles trophiques.

26 août 1909 : La malade quitte la Maison de Santé dans un état de démence paralytique profonde, avec crises d'agitation intermittentes, affaiblissement musculaire (la malade ne peut marcher que si elle est soutenue), pour être transférée à l'Asile Sainte-Anne.

Le certificat de transfert de l'un de nous porte que la malade est atteinte de démence paralytique profonde avec impotence presque complète.

Certificat de vingt-quatre heures, 27 août 1909 (Dr Delmas) : Atteinte de paralysie générale avec démence profonde et excitation par intervalle.

Certificat de quinzaine, 10 septembre (Dr Barbé) : Paralysie générale. A maintenir.

La déchéance psychique et somatique s'accroît progressivement. La malade meurt de broncho-pneumonie le 6 novembre 1909, à 7 h. 20 du soir.

Autopsie, 8 novembre, à 10 heures du matin, après formolage du cadavre.

L'encéphale présente des adhérences énormes au niveau des sillons interhémisphériques, il existe un épaississement arachnoïdo-pié-

mérien énorme à la base de l'encéphale, dans la région optique, autour de la glande pinéale et surtout sur la face externe de l'hémisphère cérébral gauche.

Les poumons contiennent plusieurs nodules de broncho-pneumonie au milieu de congestion générale.

Les divers viscères sont congestionnés.

Examen histologique : Fixés au formol, l'encéphale et les glandes ont été traités par les méthodes habituelles.

Lobule paracentral gauche. Méninge molle, extrêmement épaissie et scléreuse, adhérente à la dure-mère. Au niveau de leur symphyse sont de nombreux angiolithes. Dans les mailles de la pie-mère et à sa face profonde existe une infiltration cellulaire de leucocytes mononucléaires et de cellules conjonctives, mais dans laquelle dominent les lymphocytes.

Les vaisseaux méningés sont congestionnés de même que ceux du cortex, mais la malade est morte de broncho-pneumonie. En plus de cette congestion généralisée, on remarque dans le cerveau une infiltration périvasculaire évidente de petites cellules rondes.

Au Nissl, cette infiltration périvasculaire lymphocytaire est typique. Les cellules nerveuses sont en chromatolyse légère avec une augmentation à peine appréciable de cellules satellites.

Au Cajal, les prolongements cylindraxiles et dendritiques paraissent normaux, tandis que l'imprégnation des neurofibrilles intracellulaires est souvent irrégulière.

Partie moyenne du pied de F^{III} gauche.

C'est l'aspect de la méningite scléreuse classique, avec infiltration des cellules conjonctives beaucoup plus stabilisée que dans la méninge du lobule paracentral. Le parenchyme présente une infiltration périvasculaire marquée de cellules rondes, avec quelques lacunes périvasculaires de désintégration cérébrale.

Au Nissl, l'infiltration lymphocytaire à prédominance périvasculaire se voit avec évidence. Les cellules nerveuses ont les mêmes caractères que dans le paracentral. Au Cajal, on remarque le même contraste entre les neurofibrilles extracellulaires et les prolongements d'aspect intact et les fibrilles intracellulaires souvent granuleuses.

Au Weigert se remarquent la raréfaction des fibres tangentièlles, la disparition du plexus d'Exner et l'absence du feutrage de fibres myéliniques autour de nombreux vaisseaux isolés dans une zone claire.

Moelle cervicale normale.

Ganglion semi-lunaire gauche. Infiltré de quelques cellules rondes et de nombreux mastzellen, il présente, avec une prolifération légère des cellules endothéliales, des capsules péricellulaires, une pigmentation abondante et une chromatolyse centrale plus ou moins marquée de quelques cellules nerveuses. Au Bieloehowsky, les neurofibrilles, très bien imprégnées dans les prolongements, paraissent raréfiées dans les corps cellulaires et manquent dans les régions pigmentées.

Hypophyse : Le lobe glandulaire congestionné contient des plages différenciées dans lesquelles dominent tantôt les chromophiles, tantôt les chromophobes. La région interlobaire contient de grosses gouttes de colloïde.

Le lobe nerveux est envahi par des cellules glandulaires, mais ne contient pas de cellules pigmentaires.

Pinéale congestionnée, bien lobulée; elle a des cellules glandulaires actives, peu de calculs et des faisceaux nerveux normaux dans son pédicule.

Thyroïde d'aspect variable selon les points; elle présente à côté de vésicules thyroïdiennes de tailles diverses, dont beaucoup sont normales, des plages de proliférations endothéliales caractérisées par des cellules épithéliales cylindriques extrêmement élevées et plus ou moins disposées en acini. Ces aspects se voient surtout à côté de bandes scléreuses teintées en rouge par la coloration de Van Gieson.

Parathyroïdes riches en cellules éosinophiles qui forment par endroit comme des plasmodes, elles paraissent en hyperfonction.

Surrénales : A l'œil nu, on voit un adénome blanchâtre dans la corticale de la surrénale droite. En plus de cet adénome gros comme un pois se remarquent de nombreux petits nodules jaunes dont on sait la fréquence sur la surface corticale. Au microscope, la capsule fibreuse apparaît épaissie et scléreuse, la corticale congestionnée avec spongiocytose et pigmentation médullaire normale.

Reins normaux.

Foie : Congestion péricushépatique sans sclérose avec petites plages d'infiltration graisseuse.

Ovaires kystiques, avec amincissement de la corticale et raréfaction marquée des follicules de Grafft.

Recherche du tréponème pratiquée dans l'II et corne d'Ammon gauche; elle est restée négative.

OBSERVATION III (personnelle).

Prise dans le service de M. le professeur PERRENS, médecin-chef de la Maison de Santé de Château-Picon.

M^{me} X... entre à la Maison de Santé de Château-Picon le 25 février 1922.

Certificat de M. le D^r B... :

« Paralyisie de l'accommodation, signe d'Argyll-Robertson, inégalité pupillaire. Tremblement avec incohérence motrice rendant l'écriture irrégulière et tremblante, maladresse, chute, coupure, bris d'objets. Tremblements de la langue et troubles de la parole.

» J'ai constaté également des troubles mentaux, idées mégalomaniaques absurdes, de l'excitation et de la dépression alternatives. On m'a dit que la malade se livrait à des achats absurdes, s'emportait mal à propos au sujet des personnes voisines, qu'elle risquait de mettre le feu, brisait les objets pour tuer les mouches, etc. »

Antécédents héréditaires. — Père suicidé à 45 ans à la suite de dettes de jeu. Mère morte à l'Asile de Château-Picon.

Antécédents personnels. — La malade a eu un enfant mort-né, elle a toujours été très nerveuse.

Histoire de la maladie. — En mai 1917, à la suite de fatigues, M^{me} X... se sentant extrêmement faible et sujette à des crises de nerfs, subit une série de piqûres de cacodylate de soude. Mais son état nerveux ne fait qu'empirer, elle devient d'une irritabilité extrême. Cela dure deux années sans amélioration, et en juillet 1921 M^{me} X... fait une fugue, abandonnant son mari. Depuis cette époque, elle fit encore deux ou trois fugues. Dès ce moment, l'état mental de la

malade semble profondément atteint, elle se désintéresse de son ménage, tient des propos incohérents, et traverse des crises de dépression. Cependant au mois d'octobre 1921, M^{me} X... s'intéresse de nouveau à son ménage et semble améliorée. Mais, cette amélioration fut de courte durée, les actes deviennent incohérents, une agitation extraordinaire apparaît accompagnée de perte de pudeur, de gloutonnerie et de tendance au mensonge.

Les idées délirantes accompagnent cet état mental et la malade est bientôt sujette à des impulsions malfaisantes, elle vole les fleurs et légumes de ses voisins, elle coupe les plus beaux arbres de son jardin. C'est dans cet état qu'elle est internée à Château-Picon.

25 février 1922. La malade, très agitée, ne reste pas au lit. Elle se lève dans sa chambre, se déshabille, prend mille attitudes, gesticule continuellement. Sa chemise, lorsqu'elle en est revêtue, est déchirée, sa chevelure est en désordre. Son visage exprime une euphorie béate, un peu niaise. La malade parle beaucoup et avec familiarité.

« Nous avons deux cents pieds de chrysanthèmes... Nous avons des œillets énormes qui sont gros comme votre chapeau...

» Je suis très bien portante... Je suis divinement bien, en bonne santé... Elle est jolie cette maison de santé, il y a un jardin, je suis émerveillée.

» J'écris très bien, j'ai un joli style. Ma mère était littérateur; elle était très instruite; elle avait son bachot et son baccalauréat. Elle était très érudite, ses poésies étaient fameuses...

» Je suis contente. Vous me soignerez bien, j'en suis sûre... Vous avez les yeux comme un de mes petits neveux qui vient de naître (forte dysarthrie).

» J'ai 2 millions de fortune. Nous payons des impôts terribles, actuellement 700 francs par an... J'ai deux maisons et trois propriétés comme rapport... Oh! nous avons une situation merveilleuse... Si vous aviez 2 millions, vous vous paieriez une belle femme... Mon mari, oh! qu'il est joli!»

Ce qui domine dans ces propos, ce sont : l'euphorie niaise, les idées de grandeur et la satisfaction.

Quel est votre nom? — Madeleine de Bonnet, ma mère est comtesse. J'avais un grand-père qui était duc sous Napoléon III. Nous

sommes apparentés au duc d'Orléans, je suis apparentée avec des gens terribles. Mon petit nom est Mady.

Quel âge avez vous ? — 32 ans.

Votre date de naissance ? — Je ne me rappelle pas ; vous savez, je ne suis pas curieuse. C'est le jour du 14 juillet en 1880 ou 1882... Ma mère venait de voir *Carmen*, les douleurs l'ont prise et elle m'a eue dans la nuit.

Quelle est l'année actuelle ? 1921 ou 1922 ? Nous sommes au mois de mars, mercredi ou jeudi, c'est ça ! Nous sommes le plus beau pays du monde, parce que nous sommes la France...

Où sommes-nous ? — A Caudéran... Là, c'est l'Hôpital Moure... Vous ne me prendrez pas, j'ai trop d'intelligence... J'ai épaté tout le monde par mon intelligence, alors je ne suis pas bête... Oh ! que j'aime cette propriété ! Qu'elle est jolie ! J'y vivrais ma vie !

Depuis quand êtes-vous ici ? — Depuis hier, depuis ce matin... J'ai décidé ça pour ne pas travailler à la maison, pour me reposer.

Pourquoi êtes-vous ici ? — Pour me reposer, la vaisselle ça me dégoûte.

Et votre santé ? — Elle est bonne. Regardez-moi ce corps (s'exhibe complaisamment), tâtez mes seins, tenez, tâtez mes bras.

Elles m'ont attachée à un fauteuil, au lit ; avec mes dents, j'ai coupé la corde... Elles m'ont battu, le sang a coulé... Je dors la nuit, c'est effrayant, j'ai un sommeil régulier... Je me lève, je fume la cigarette, je fais mon café avec trois moulins... Un docteur, c'est toujours beau un docteur... J'ai une belle-sœur, morte de la grippe, qui a eu le prix d'honneur de beauté à Rome ; c'est une merveille, elle avait les yeux verts de la mer, parce qu'elle est née à Marseille (suivent d'autres propos incohérents où dominent des idées de satisfaction, de grandeur, érotiques).

Examen somatique : Les pupilles sont dilatées, inégales, la droite est plus dilatée que la gauche. Elles réagissent très faiblement à la lumière et à la distance. Tremblements des paupières dans l'action de fermer lentement les yeux.

Instabilité de la langue. Forte dysarthrie ; la parole est tantôt scandée, tantôt certaines syllabes sont supprimées ou redoublées ; la prononciation des mots d'épreuve est très défectueuse.

Tremblement accentué des mains et des bras dans l'extension. Les réflexes tendineux sont vifs. La force musculaire semble normale à droite et à gauche.

Vivacité des réflexes rotuliens et achilléens. Pas de clonus du pied et de la rotule.

Les divers appareils ou organes semblent sains.

26 février 1922 : La malade a bien dormi la nuit précédente, après avoir pris une potion au bromure et au chloral. S'est assez bien alimentée.

Ce matin, elle est coléreuse, s'irrite à tout propos, prononce des grossièretés et des violences.

27 février 1922 : Elle est de nouveau euphorique.

Certificat de vingt-quatre heures : Atteinte de paralysie générale, cette malade, très déchuë physiquement, présente un gros affaiblissement intellectuel qui s'accompagne selon les moments d'une euphorie excessive ou de violentes colères. Elle a de la dysarthrie, de l'inégalité et de la dilatation des pupilles, du tremblement des mains, de l'exagération des réflexes rotuliens. A maintenir.

28 février : Ponction lombaire :

Albuminose massive;

Lymphocytose abondante.

2 mars 1922 : A brisé un carreau et s'est fait quelques entailles aux mains et à l'avant-bras droit.

11 mars 1922 : Certificat de quinzaine : Atteinte de paralysie générale. La déchéance physique et intellectuelle est très avancée. Il se surajoute une violente agitation le jour et la nuit, des impulsions soudaines, de la verbigération. A maintenir.

30 avril : A 6 heures, la sœur la trouve « toute drôle », elle ne bougeait pas du côté gauche. La parole était embarrassée davantage, bien qu'elle répondît aux questions simples qu'on lui posait. De sa main droite, elle faisait toutes sortes de mouvements bizarres.

1^{er} mai : La malade est étendue sur le dos, la tête et les yeux un peu déviés vers la droite, la commissure gauche est descendue. Le côté gauche de la bouche remue à peine dans les mouvements d'articulation. La pointe de la langue est déviée vers la gauche légèrement.

Paralysie flasque du bras gauche, avec contracture du membre

inférieur gauche, le réflexe rotulien gauche est pourtant un peu moins vif que le droit. Le signe de Babinski est net à gauche, mais avec un peu de retard dans l'extension du gros orteil.

Température : hier, 39°8; ce matin, 38°6.

Violente agitation dans la nuit d'hier à aujourd'hui.

6 mai 1922 : Série de légères crises épileptiformes. La malade a la tête tournée vers la gauche; les deux yeux, aux pupilles très dilatées et de teinte subictérique, sont fortement déviés vers la gauche et animés de mouvements nystagmiformes transversaux survenant au moment des crises. Une seule fois on a observé, au cours des crises, des mouvements cloniques du membre supérieur gauche. Tous les réflexes tendineux sont exagérés.

Au cours des crises, la malade grince des dents, la salive s'écoule hors de sa bouche. Pas de miction involontaire. La malade ne perd pas complètement connaissance pendant les crises. Les questions simples amènent des réponses précises, mais retardées. M^{me} X... est dans l'inconscience totale de son état.

Température, 36°4, 36°2.

7 mai 1922 : Dans la nuit du 6 au 7 mai, série de petites crises épileptiformes qui durent peu de temps. Pas de température.

9 mai 1922 : Dans la nuit du 8 au 9 mai, nouvelle série de crises épileptiformes de mêmes caractères que les précédentes.

Actuellement la malade s'alimente suffisamment.

15 juin 1922 : L'affectivité de M^{me} X... demeure à peu près intacte. Elle s'informe de son mari, pleure lorsqu'elle n'en a pas de nouvelles ou lorsqu'elle ne l'a pas vu depuis quelque temps.

Elle lui a écrit hier une bonne lettre; on n'y remarque pas de troubles psychographiques; l'écriture est moins tremblée et plus régulière que lorsqu'elle est entrée à la Maison de Santé.

5 juillet 1922 : La malade nous annonce ce matin la mort de son beau-père. Bien qu'elle nous dit l'aimer beaucoup, elle parle de lui avec une indifférence absolue. Ni sa mimique, ni le ton de sa conversation n'expriment la moindre douleur.

13 juillet 1922 : Depuis deux ou trois mois, la malade est bien améliorée physiquement et mentalement.

Physiquement, elle a engraisé du visage et du corps, les tremble-

ments des mains sont très atténués, la dysarthrie a diminué d'intensité. L'appétit est très bon, le sommeil est normal.

Mentalement, elle reconnaît elle-même qu'elle se trouve bien mieux qu'à son entrée à la Maison de Santé, elle sent que « ses idées reviennent ». Elle n'est pas triste, s'intéresse à tout ce qui se dit et se fait autour d'elle. Elle s'occupe normalement ou presque normalement.

30 novembre 1922 : L'amélioration mentale et physique persiste, ce n'est pas une amélioration, mais une véritable rémission qui s'affirme.

Dans le courant des mois qui suivent, on assiste à un retour complet à l'activité psychique de M^{me} X... L'affectivité, la mémoire et l'intelligence semblent renaître intégralement.

On s'en assurera par l'interrogatoire quel'on fait subir à la malade le 23 octobre 1923.

Quelle est la date actuelle? — Longue réflexion.

— Le mois? — Octobre.

— L'année? — 1923.

— La date actuelle? — Nous sommes jeudi, je ne lis plus les journaux.

— A la fin du mois? — Oui, pas tout à fait.

— Votre date de naissance? — Le 23 septembre 1884, c'était justement un mercredi.

— Où êtes-vous née? — A Bordeaux.

— Votre métier? — J'étais modiste.

— Votre mère est morte? — J'avais 16 ou 17 ans.

— Et votre père? — J'avais 6 ans, il était secrétaire général à la préfecture de X..., il s'est suicidé.

De 16 à 17 ans, j'ai vécu un peu chez ma mère et un peu chez ma sœur...

A 20 ans, je me suis établie rue Z..., je travaillais beaucoup et avec courage... Là j'ai fait connaissance de mon mari... il habitait rue X..., n° 20. Il était agent d'une société de produits chimiques, n° 8, cours X... Je suis allée habiter chez lui. Il était très jaloux et m'enfermait dans l'appartement, il ne me sortait que le soir. Peu après, ma sœur est venue habiter chez nous. Cela a été la cause de mon mariage.

La malade dit ne jamais avoir présenté de signes de spécificité, elle continue :

« Nous sommes allés nous marier à Paris, à Notre-Dame-des-Abbayes, à Montmartre. Mon beau-père avait son bureau boulevard Rochechouart, il a été très bon pour nous, il a offert le dîner, les autos et un trousseau. »

En quelle année le mariage? — Le 19 décembre 1912.

— Où habitiez-vous? — A l'Hôtel des Trois-Sergents, à la gare de l'Est.

— Et ensuite? — Après, nous sommes revenus à Bordeaux et repartis pour le mariage de mon beau-frère, fin janvier 1913, à Angers; il habitait rue d'Alsace, n° X... Nous sommes revenus à Bordeaux dans un appartement rue de Talence où nous sommes restés quelque temps, nous y étions quand la guerre éclata.

— Et après la guerre? — Nous sommes allés à la maison de Cauderan.

— A quelle époque? — Je ne me rappelle pas bien; ça été tellement bousculé... il a fallu laver les planchers au potassium en compagnie d'un employé du bureau qui s'appelait Jean M..., d'une petite bonne qui s'appelait L... et du jardinier qui s'appelait Ed... Je m'occupais de la cuisine... du ménage.

— A quel moment avez-vous commencé à vous sentir malade? — Après peut-être six à huit mois.

— Comment cela a-t-il commencé? — Je me suis fatiguée beaucoup dans la propriété, j'ai semé des pommes de terre... tout ça. Le soir, on allait au théâtre... On mangeait la soupe au fromage... et puis le matin je me levais à 5 heures pour boire le café... J'en buvais beaucoup le matin et je fumais ensuite des cigarettes... Je buvais à ce moment de la bière et un peu de vin blanc.

— Sentiez-vous que votre tête partait? — Je me sentais fatiguée... je disais : « Mets-moi à la campagne. » En 1917, j'avais été très faible. M. B... m'avait fait des injections de cacodylate de soude... et m'avait fait prendre du jus de viande.

État physique : La malade qui pesait 40 kilos à son entrée a atteint le poids de 51 kilos.

24 octobre 1923: Pupilles inégales, la gauche est bien plus grande

Mardi

mon homme adoré
viens de venir me
porter la boîte
des amers m'ami
jupon de laine et
craie et de la
de la laine blanche
et de la laine
toison.

Bons baisers de
la part de
qui t'adore
de tout son cœur

Mardi

Mardi. — Mon homme adoré — Viens demain me porter les gouttes parce que ça me manque en ce moment, des chemises américaines, porte-m'en deux et aussi un jupon en laine blanche que je me suis fait, un crayon et du papier. Je tiens à ce que tu viennes toi-même. Bons baisers de ta « Tiote » qui t'adore de tout son cœur. — MADI.

17 octobre 1923
m

cher Docteur.

comme convenu entre nous
ce matin au bureau médical, je
viens un peu, causer avec vous, et
vous dire franchement du fond
de mon cœur, tout ce que je
peux au sujet de mon prochain
départ pour une ou deux la tante
vie de famille, auprès des bon
maris que j'ai; et que j'aime
beaucoup.

Je serais heureux chez les
Docteurs que vous facilitiez
le plus vite possible mon bulletin
de sortie;

mon devoir serait ce que j'ai
organisé comme ordre et
organisation au Pensionnat
et je suis que cela s'agit de

que la droite. Elles réagissent faiblement à la lumière et à la distance.

Un peu d'instabilité de la langue, tremblements légers sur les bords.

Un peu de dysarthrie légère au cours de la conversation. Les mots d'épreuves sont prononcés lentement, mais correctement.

La sensibilité est normale.

Aucun tremblement des doigts.

Réflexes tricipitaux faibles, rotuliens normaux, achilléens normaux.

Le signe de Babinski est très net des deux côtés.

Appareil circulatoire : Cœur normal; pouls, 24, au quart et régulier.

Rien d'anormal au ventre, tandis que la malade se plaint d'avoir été constipée en arrivant à l'Asile et même quelque temps auparavant.

Règles régulières, tous les mois. A son arrivée à l'Asile, elle n'était pas réglée, paraît-il.

L'appétit est bon et régulier.

L'état général de M^{me} X... est très satisfaisant; elle fait preuve de beaucoup d'activité et d'activité utile. La mine est excellente avec un teint rose, tandis qu'à son arrivée elle avait un teint blafard. L'intelligence et la mémoire sont intactes. La malade exécute les exercices de mémoire les plus difficiles. Prenant la liste des 42 malades qui mangent au réfectoire avec elle, nous avons demandé à la malade quel était le numéro de 8 d'entre elles prises au hasard dans la liste, elle nous donna rapidement huit réponses exactes.

La comparaison d'une lettre écrite par la malade actuellement avec une lettre écrite au début de son internement est des plus significatives.

Au point de vue affectif, la malade est généralement optimiste, elle rit fréquemment et pas toujours avec un motif suffisant. Le rire est prolongé.

D'autre part, elle pleure facilement. Pendant notre examen, elle se met à pleurer. « J'ai peur, dit-elle, que vous me trouviez quelque chose et que vous m'empêchiez de sortir samedi. »

Il résulte de notre observation que M^{me} X... a donc présenté une période prodromique fort longue. Dès 1917 apparaissent des troubles nerveux caractérisés surtout par une irritabilité excessive; bien vite la malade est en proie à des idées bizarres, elle fait des fugues; l'instabilité de son caractère s'accroît de plus en plus et elle se livre à des actes inconsidérés tels que vol de légumes chez les voisins, destruction des arbres de son jardin. Après une légère atténuation en 1921, les troubles mentaux reviennent avec un caractère nettement démentiel. L'affectivité, l'intelligence et la sociabilité sont amoindries, des idées délirantes de grandeur apparaissent. Les troubles profonds du caractère présentent des alternatives de dépression et de vive agitation.

Au moment de son internement la malade est dans une excitation extrême, brise des objets et déchire ses vêtements.

L'interrogatoire du 25 février 1922 fait pendant une période de calme montre la prédominance d'un état euphorique et d'idées délirantes de grandeur et érotiques.

L'incohérence des propos est manifeste et le jugement semble anéanti; la malade ne peut coordonner ses idées pour répondre aux questions les plus simples. L'état de démence est encore confirmé par l'amnésie, la malade ne sait plus la date et le mois de l'année, a oublié la date de sa naissance et les dates des faits importants de sa vie.

Au point de vue somatique, les signes pupillaires, les tremblements musculaires, la dysarthrie et les troubles des réflexes complètent le tableau clinique de la démence paralytique que révélait aussi la ponction lombaire.

Cet état de démence, entrecoupé de crises de violence, dure jusqu'en avril 1922, époque où la malade présente un ictus suivi d'hémiplégie gauche et crises épileptiformes très fréquentes avec gâtisme.

Grâce aux soins et à l'alimentation normale, la malade, dès juin 1922, retrouve une certaine activité mentale. L'amnésie disparaît, la malade s'inquiète de l'état des membres de sa famille, l'affectivité tend à devenir normale et on assiste à un

réveil progressif de l'intelligence. M^{me} X... déclare, en effet, que « ses idées reviennent ». Au cours de l'interrogatoire d'octobre 1923, on ne trouve plus trace d'amnésie et le jugement s'exerce normalement. La date exacte de sa naissance, les circonstances de la mort de ses parents et celles de son mariage, tout cela est rappelé par la malade avec beaucoup de détails. Enfin, M^{me} X... arrive même à nous mettre au courant des premiers symptômes de la maladie qui est venue la terrasser.

Par la lettre que nous avons reproduite et dont l'écriture et les termes sont normaux et s'opposent d'une manière frappante aux écrits de la période de démence, M^{me} X..., faisant preuve d'une affectivité et d'un jugement normaux, peut demander sa sortie de la Maison de Santé qui lui est accordée.

L'évolution des symptômes physiques n'a pas suivi celle des symptômes mentaux; tandis que les réflexes sont normaux, il persiste, par exemple, de l'inégalité pupillaire, une réaction à la lumière et à la distance faible, et un peu de dysarthrie. Il semble que la malade parcoure en sens inverse les étapes de la maladie. Il ne persiste, en effet, au point de vue mental, qu'une certaine euphorie analogue à celle du tout début des idées délirantes.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr LATREILLE, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon.

M^{me} J..., âgée de 40 ans, entre à l'Asile de Château-Picon, le 12 décembre 1920, venant de l'Hôpital Saint-André, où M. le professeur Abadie délivra le certificat suivant :

« L'examen méthodique de ses organes met en évidence des symptômes évidents d'altération organique du système nerveux, tels que troubles pupillaires, troubles des réflexes tendineux, diminution considérable des sensibilités profondes, troubles de la station et de la marche, tremblements de la langue et des lèvres, dysarthrie légère, albuminose et lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien, réaction de Bordet-Wassermann franchement positive de ce dernier liquide, etc. Ces symptômes traduisent l'évolution déjà

ancienne d'une méningo-encéphalite diffuse de nature syphilitique, avec lésions concomitantes des racines médullaires et de la moelle elle-même. Les troubles mentaux consistent en un affaiblissement global et progressif de toutes les facultés psychiques, avec trouble profond de l'attention, de la mémoire et du jugement, lacunes grossières des souvenirs, erreurs considérables du raisonnement conduisant aux affirmations contradictoires ou même absurdes, inconscience de son état morbide, indifférence à peu près complète à l'égard de sa situation, humeur ordinairement joviale avec satisfaction béate. Idées délirantes de satisfaction corporelle et morale, elle est pourvue de grandes qualités, elle est d'une très grande beauté... »

Nous devons ajouter que cette malade avait été arrêtée pour vol à l'étalage.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

12 décembre 1920 : La malade est très calme, s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle; son regard est assez vif.

Depuis quand êtes-vous ici?... — Depuis ce matin, 11 heures... J'étais à l'Hôpital Saint-André.

Malade? — Oui, je venais de faire une blessure de quatre mois, alors j'avais une forte hémorragie... je ne pouvais pas rester à la maison parce que j'ai une petite de 2 ans et un fils de 15 ans... l'autre a 19 ans, je suis veuve de guerre.

Où êtes-vous ici? — Je crois que je suis à Picon, j'ai reconnu le chemin... mon mari était gardien de fous... il y a longtemps de ça.

Vous êtes folle? — Oh!... on me fait passer pour une folle... c'est le médecin qui m'a vue qui est fou... il ne sait pas compter... je n'ai rien dit étant à l'hôpital... on m'a donné à manger, je mangeais, on m'a mise dans la voiture et je suis venue ici... tout de même, si on veut me faire passer pour folle, c'est un peu fort! (la malade dit cela d'un ton calme).

Est-ce qu'on me donnera la petite avec moi?

Avez-vous eu des fausses couches? — Oui, plusieurs... cinq on dit... c'est parce que j'ai reçu un coup de pied de cheval, alors je ne pouvais porter que quatre ou cinq mois.

Vous êtes allée au Fort du Hâ? — Oui, j'y ai passé, c'est à tort, parce que j'avais un abonnement à la maison Compell, alors je suis

allée dans les magasins des Dames de France où ma petite a fait tomber un chapeau... je voulais le ramasser... alors un agent m'a arrêtée, on m'a mise au Fort du Hâ où je suis restée une nuit... on m'a lâchée et en arrivant chez moi j'ai eu donc cette fausse couche... alors un médecin est venu me voir et il a déclaré que je suis folle et m'a donné cinq ans de plus que j'en ai.

Vous êtes riche? — Assez... j'ai une ferme dans l'Ille-et-Vilaine et j'ai toujours pour 1.800 francs de bijoux qui sont au Fort du Hâ... et puis mon petit gagne 20 francs par jour, il est peintre.

Quel jour sommes-nous? — Dimanche... le 14 novembre 1919. Votre date de naissance? — 1880, le 2 mars, à X..., mon mari était Bordelais... ma propriété a de la valeur on l'a estimée à 60.000 francs, c'est mon père qui la dirige... je me suis mariée en 1897... mon premier enfant est mort à 10 ans d'une méningite... je n'ai jamais été malade... je devais me remarier avec un Espagnol de Saint-Sébastien... c'est un ouvrier.

M^{me} J... répond avec calme, sans aucune différence de ton, à toutes les questions.

Si on vous disait que vous resterez ici un an? — Oh! non, c'est pour le coup que je deviendrai folle... un mois ça va, mais pas plus (la malade continue à manger)... c'est le comte de Chatel qui me voulait comme femme quand j'étais à Paris et que je chantais dans les théâtres.

Voulez-vous chanter? — La malade se met à chanter.

Examen somatique : Réflexe pupillaire à la lumière aboli; réflexe rotulien plus vif à droite; tremblement de la langue; dysarthrie très légère.

Certificat de vingt-quatre heures (A. M.) : « Est atteinte de paralysie générale, caractérisée par un délire absurde de grandeur, la propension aux actes désordonnés et anti-sociaux des troubles de la motilité et de la réflectivité, l'albuminose et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. »

Certificat de quinzaine (A. M.) :

« Est atteinte de paralysie générale, caractérisée par un délire absurde de puissance, de talent artistique, de grossesse, etc.

» Au point de vue somatique, en outre des signes déjà mentionnés, il existe une réaction méningée.

» Les actes sont moyennement désordonnés. »

2 janvier 1921 : La malade chante et crie toute la nuit et prétend être enceinte.

On la fait passer à Baillarger.

9 janvier 1921 ; M^{me} J... est à peu près calme.

« J'en ai assez de rester ici... si j'étais folle ou malade, je resterais ici, mais je n'ai rien du tout. Je veux rentrer chez moi, j'ai de l'argent à toucher, mon livret de caisse d'épargne que je n'ai pas touché depuis l'âge de 14 ans; j'ai mes fils marins et je n'ai pas touché d'allocation.., 1.000 francs par an... Je dois avoir 100.000 francs. »

Au point de vue somatique, on remarque :

1° Un léger tremblement fibrillaire de la langue s'accroissant rapidement à l'inspection ;

2° Abolition des réflexes pupillaires ;

3° Dysarthrie très légère, caractérisée par une légère hésitation très fugace au début de quelques phrases. Les phrases d'épreuves sont énoncées convenablement ;

4° Gêne légère de la marche.

La malade prétend toujours être enceinte.

27 janvier 1921 : Très agitée, la malade se promène dans la cour et, brusquement, s'empare d'un énorme pavé et menace tous ceux qui veulent l'approcher. On réussit à la maintenir dans son lit, mais elle reste très excitée.

« Voyez ce qu'on m'a fait, j'étais enceinte et on m'a fait avorter. »

28 mai 1921 : Depuis quelques jours, la malade est calme, se lève, s'occupe; elle répond avec facilité et précision. La mémoire est bonne. Elle est capable de donner sur sa vie passée et sur les événements qui ont précédé son internement des renseignements détaillés et vraiment exacts. Cependant, elle reste très émotive, elle pleure au souvenir de ses enfants et demande à sortir parce que sa petite fille a besoin d'elle.

« Ma petite fille aura 2 ans le 14 août. J'avais 39 ans et j'en ai 41, c'était en 1919. A Saint-André, on m'avait dit 45 ans et je ne les ai pas puisque je suis née en 1880, le 2 mars. — Où êtes-vous ici ? — C'est à Picon, on m'y a mise, est-ce que je sais pourquoi ? Ils m'ont fait passer pour folle. Si je l'ai été pour un moment, moi je n'en sais rien. »

Pas d'embarras de la parole dans la conversation courante.

La malade s'oriente bien.

On peut obtenir les renseignements suivants sur les grossesses de M^{me} J...

I. — Enfant mort-né.

II. — Un enfant vivant, bien portant, marin.

III. — Une fausse couche à 3 mois (accident en tirant l'eau d'un puits).

IV. — Une fausse couche; avortement provoqué par un coup de pied de cheval.

V. — Un garçon vivant (16 ans en 1921), bien portant.

VI. — Une fausse couche à 3 mois (j'étais trop faible).

VII. — Une fillette née en 1919.

Les pupilles sont en mydriase légère, égales, réagissent à l'accommodation et pas à la lumière.

Tremblements vibratoires des extrémités qui n'apparaissent pas dans l'écriture de la malade.

« Je veux ma fille, plutôt la mort que le reste. »

Après l'examen, qui a duré vingt minutes, la malade est furieuse et répète : « Non, je ne mangerai pas. »

13 juillet 1921 : La malade est en rémission complète, elle s'occupe activement et demande à sortir pour soigner ses enfants. L'embarras de la parole est à peine perceptible. Elle a considérablement engraisé. Elle s'excite parce qu'on la change de salle et refuse de se lever.

26 avril 1922 : La malade est calme et travailleuse, sa tenue est excellente, son activité mentale est normale (mémoire, discrimination, attention au réel, habiletés d'argumentation quand elle proteste contre sa situation actuelle). Le caractère est habituellement doux, mais l'irritabilité est un peu exagérée; stigmates physiques à l'émotivité un peu excessifs. Pas la moindre idée délirante actuelle (à peine au cours de la colère arrive-t-elle à reprocher au médecin de la garder parce qu'il doit y avoir intérêt, et encore ne faut-il voir là qu'une boutade de défense sans conviction réelle). La parole est très nettement articulée. La sensibilité paraît normale. Les réflexes tendineux sont faibles, mais non abolis. Pupilles paresseuses à la lumière, réagissant à l'accommodation. Pas de troubles de l'équilibre.

A noter que les accidents mentaux qui ont motivé l'internement ne sont pas reconnus par la malade (amnésie ou dissimulation ?)

La malade refuse de laisser pratiquer une ponction lombaire.

Au moment de remettre un certificat de sortie à la malade en septembre 1923, on s'aperçoit qu'elle est sujette à des impulsions au vol. La sortie est retardée et M^{me} J... en conçoit une violente colère et retombe dans un accès de confusion mentale.

Les réflexes sont exagérés, la dysarthrie est très prononcée. Les réflexes pupillaires sont abolis à la lumière, et au point de vue mental, délire fantasque, désordonné, où apparaissent des idées de grandeur.

Ponction lombaire du 13 septembre 1923 : Albuminose très nette. Très légère lymphocytose.

20 octobre 1923 : La malade est de nouveau calme et travailleuse. Les troubles dysarthriques ont disparu. Plus d'idées délirantes. La malade est bien orientée et sa mémoire est bonne. Alors qu'avant sa rechute de septembre la malade était capable d'écrire des lettres correctes, les lettres actuelles présentent des troubles calligraphiques et psychographiques très nombreux.

8 novembre 1923 : Quel âge avez-vous ? — « Je dois avoir 35 ou 36 ans ; je suis née le 2 mars 1885 ou 1886... Il y a eu des erreurs sur mon nom ; on m'avait mis 45 ans à l'Hôpital Saint-André. Je me suis mariée le 20 février 1897, j'avais 15 ans 1/2. Mon mari, Pierre J..., avait 42 ans. »

Depuis quatre ou cinq jours, elle recommence à s'occuper, lave la vaisselle.

Son visage est rouge foncé, avec çà et là des plaques blanches.

14 décembre 1923 : Actuellement calme, la malade ne travaille guère.

15 janvier 1924 : Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont abolis.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Tremblements de la langue, des orbiculaires, des lèvres et des extrémités.

La malade est actuellement très irritable et toujours sujette à des impulsions au vol.

Dulucq

Le certificat de M. le professeur Abadie reproduit au début de cette observation établit nettement les symptômes d'une paralysie générale confirmée avec affaiblissement global des facultés psychiques. L'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang confirme le diagnostic clinique. Cependant, à son entrée à l'Asile, la malade offre une amélioration de la mémoire, répond sur ses antécédents malgré la persistance de l'excitation et d'un délire incohérent.

La malade traverse des périodes de calme et d'excitation avec réactions dangereuses pour son entourage, et ce n'est que le 15 juillet 1921 qu'elle retrouve une certaine activité mentale, et qu'elle réclame sa sortie pour soigner sa famille. En avril 1922, la rémission est évidente et bientôt l'état mental est tel que la malade aurait été rendue à la liberté si elle n'avait conservé des impulsions au vol, comme si la maladie avait régressé jusqu'à son point de départ.

Il est à remarquer qu'après l'épisode confusionnel déclenché par la colère de la malade qui se voit refuser la mise en liberté, l'impulsion au vol demeure encore le seul trouble mental.

CHAPITRE IV

Discussion clinique.

Dans cette dernière partie de notre travail, nous allons pouvoir essayer de donner une réponse aux questions que nous posions dans notre introduction.

Nous pouvons d'abord constater, d'après les observations que nous avons reproduites que les états démentiels de la paralysie générale se rapprochent incontestablement des états confusionnels par les troubles affectifs, l'incohérence des idées et le délire. Certains auteurs ont vu la cause des états confusionnels dans une hypertoxicité des humeurs se révélant tout à coup par des ictus spéciaux. Sans donner notre confiance à cette hypothèse, il nous semble cependant difficile de classer les états mentaux des paralytiques généraux dans la catégorie des démences vraies.

Nous ne pouvons plus admettre l'hypothèse de Bayle, d'une corrélation parfaite entre la progression des troubles mentaux et l'évolution de la paralysie, car les rémissions observées ne sont pas des arrêts ou des stades de fixation, mais bien une *restitutio ad integrum* de l'état mental.

La mémoire est ou n'est pas. Là où elle reparait, c'est qu'elle n'est pas détruite, même partiellement. D'ailleurs, souvent, la mémoire de fixation elle-même est récupérée.

Pour faire admettre ces notions, il faudrait que nous apportions les preuves que l'état anatomo-pathologique du cerveau reste caractéristique de la paralysie générale même en période de rémission. Toute l'étude clinique est en faveur de cette hypo-

thèse. D'ailleurs, d'après les théories classiques mêmes, la démence étant le stade suprême de la déchéance mentale sous la dépendance de lésions organiques nerveuses importantes, il semble difficile d'admettre une *restitutio ad integrum* aussi rapide qu'imprévue de l'état anatomique du cerveau.

Bien au contraire, les autopsies de malades ayant eu des rémissions ne semblent différer en rien des autopsies de paralysie générale normalement évolutive et on peut en inférer facilement que si on autopsiait un malade en rémission, on constaterait les lésions habituelles de la maladie.

Nous n'avons pu, à notre grand regret, reproduire une observation avec autopsie d'un malade mort en période de rémission ; les auteurs, jusqu'à présent, ont semblé surtout préoccupés par l'étude de l'état clinique.

Aussi, comme l'ont montré nos observations, la clinique apporte-t-elle de nombreux arguments en faveur d'un retour à un état intégral de la personnalité psychique des malades.

Il nous reste cependant à écarter une objection. N'aurait-on pas souvent confondu des affections cérébrales syphilitiques avec de vraies paralysies générales ? Nous répondrons à cette question en reproduisant une observation résumée de fausse paralysie générale (due à l'obligeance de M. le Dr Perrens et déjà publiée par le docteur Desport).

Renée L..., 26 ans, entre, le 7 janvier 1922, à Château-Picon, avec le certificat suivant : Affaiblissement global des facultés psychiques, de la perte de la mémoire, des troubles profonds du jugement, des oublis grossiers, des erreurs manifestes, des réponses absurdes, euphorie, satisfaction, etc. Présente aussi des idées de richesse et étale avec complaisance et cynisme sa vie de prostituée. État général passable, malpropreté, gâtisme, dysarthrie, albuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, réaction positive de Wassermann.

7 février 1922 : La malade fait preuve d'une certaine mémoire des faits anciens, aux réponses exactes elle mêle des idées délirantes.

État euphorique. Perte de la pudeur. L'écriture est peu modifiée et la malade fait des calculs justes.

Cependant les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine maintiennent le diagnostic de paralysie générale.

9 mai : Au cours de l'interrogatoire, la malade, qui est originaire des Pyrénées et qui a été placée à Tarbes et à Dax, se plaint d'avoir eu de violentes céphalées durant son séjour dans ces deux villes. Elle accuse un retour de sa mémoire.

Pupille droite plus dilatée que la gauche.

Réflexes rotuliens abolis.

On soumet la malade au traitement spécifique.

12 mai : Renée L... est orientée, la céphalée a disparu, la mémoire s'est améliorée.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à la distance.

Pas de dysarthrie.

Les réflexes tendineux sont abolis.

Pas de troubles des sensibilités profondes, ni des sens musculaires et stéréognostiques. Aucun trouble des autres appareils.

Renée L... a retrouvé son état "mental" de débile intellectuelle et morale.

Il ressort de cette observation :

1° Que Renée L... a présenté d'emblée un tableau clinique de paralytique générale avec presque tous les signes psychiques et physiques de cette maladie. Cette apparition simultanée et non lentement progressive de tous les troubles n'est pas habituelle dans la paralysie générale. Nous devons encore noter que chez cette malade les troubles dysarthriques sont à peine esquissés et que les troubles psychographiques sont absents ;

2° Que nous voyons apparaître des signes manifestement étrangers à la symptomatologie habituelle de la paralysie générale, par exemple cette céphalée persistante dont la malade fait un des principaux signes de sa maladie ;

3° Que l'évolution rapide de la maladie et la guérison qui suit le traitement spécifique doivent nous faire encore davantage écarter le diagnostic de paralysie générale.

Après la clinique, nous pouvons demander des arguments à la psycho-physiologie. Peut-on aujourd'hui attribuer à d'autres troubles que les lésions anatomo-pathologiques les états démentiels ou pseudo-démentiels? C'est un fait acquis pour les démences vésaniques et l'on sera obligé de trouver un jour une explication physiologique nouvelle des démences paralytiques et même peut-être de toutes les démences organiques. Mais il faudra pour cela envisager de façon nouvelle le rôle du cerveau dans l'idéation. La clinique viendra apporter son appui à la psycho-physiologie. Apportera-t-elle un jour la réponse aux questions des philosophes?

« Les phénomènes de la mémoire, dit M. Bergson dans *Matière et Mémoire*, où nous prétendons saisir l'esprit sous sa forme la plus palpable, sont précisément ceux qu'une psychologie superficielle ferait le plus volontiers sortir de l'activité cérébrale toute seule, justement parce qu'ils sont au point de contact entre la conscience et la matière, et que les adversaires même du matérialisme ne voient aucun inconvénient à traiter le cerveau comme un récipient de souvenirs. Mais si l'on pouvait établir positivement que le processus cérébral ne répond qu'à une très faible partie de la mémoire, qu'il est l'effet plus encore que la cause, que la matière est ici comme ailleurs le véhicule et non le substrat d'une connaissance, alors la thèse que nous soutenons serait démontrée. »

Cette démonstration ne se fera pas en conservant les notions classiques déjà anciennes du rôle de la substance cérébrale dans l'idéation. La névrogie en prolifération, l'atrophie cérébrale sont-ils bien les agents de destruction de la pensée dans sa source même ou simplement interceptent-ils des systèmes de forces inconnus?

Il faudrait reprendre dans leurs fondements même nos connaissances psycho-physiologiques et comprendre le mécanisme de la perception d'où dépend toute notre intelligence.

« Les mouvements des fibres nerveuses, dit encore M. Bergson, sont des images et ne sont qu'une partie de la représentation et ne la créent pas, ils esquissent seulement les démarches

possibles de notre corps. » « Il n'y a qu'une différence de degré et il ne peut y avoir une différence de nature entre la faculté dite perceptive du cerveau et les fonctions réflexes de la moelle épinière. »

Ces notions psycho-physiologiques font comprendre quelles fonctions du cerveau et quelles fonctions seules sont soumises à l'influence des lésions anatomo-pathologiques de la substance nerveuse. Ce qui supprimera les fonctions psychiques est de même nature que ce qui supprime la vie elle-même de l'organe nerveux central, et nous devons remarquer que la « mémoire-souvenir » est une des plus hautes et des plus importantes des fonctions psychiques. La vie psychique de l'individu est liée à l'intégrité de la mémoire, et c'est davantage de la mémoire-souvenir que de la mémoire motrice que dépendra la réalité de cette vie. Bergson remarque en effet : « Des deux mémoires, la première (la mémoire motrice), acquise par l'effort, reste sous la dépendance de notre volonté ; la seconde, toute spontanée, met autant de caprice à se reproduire que de fidélité à conserver. »

On comprendra mieux à la lumière de ces idées nouvelles comment Régis et Hesnard peuvent ainsi expliquer la mémoire :

« Tout le problème de la mémoire se ramène à ceci : l'extrême perfection du système nerveux, qui est un appareil de connexions sensori-motrices aux combinaisons possibles de plus en plus nombreuses au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'axe médullaire au grand jeu cortical, permet en même temps que l'appréhension parfaite de la réalité présente, en même temps que le choix entre mille et mille sollicitations motrices, une condensation suprême de la vie, c'est-à-dire une vie qui ne s'éteint que pour un temps lorsqu'il est inutile pour l'organisme de l'éprouver dans sa plénitude et dans sa durée, mais qui est prolongée de façon potentielle bien au delà de l'existence de l'excitant extérieur tant que dure l'être lui-même et susceptible de se manifester plus ou moins intensément, mais aussi vite et souvent qu'il sera nécessaire. »

Comme Régis et Hesnard pensent que c'est l'impuissance de reviviscence qui entraîne l'amnésie des faits anciens chez les

déments et que la « mort des souvenirs est la mort de la pensée », on peut penser chez les déments paralytiques à une simple « aboulie de reviviscence », puisque les souvenirs renaissent en état de rémission.

Que deviennent alors les notions sur l'amnésie qui supposaient, d'après les théories classiques, que la mémoire, une fois disparue par des lésions anatomo-pathologiques plus ou moins étendues, était définitivement abolie chez les déments organiques ?

On a déjà étudié l'amnésie dans la démence paralytique ; nous lisons dans certains auteurs que l'amnésie est la caractéristique essentielle de la disparition de la personnalité psychique dans cette maladie, indiquant ainsi que l'organe de la mémoire est détruit dans sa substance. « Que les troubles intellectuels, dit-on, que les troubles de la motilité, le délire avec ses formes diverses soient plus ou moins développés dans le cours de la maladie, le fonds de démence que l'on trouve chez chaque paralytique général reste toujours. »

Pour ces auteurs, en effet, il n'y a que des rémissions apparentes, le cours de la maladie se poursuit et les déficits psychiques dépendant de lésions cérébrales ne peuvent entrer en régression, si toutefois ils semblent de temps à autre fixés. La mémoire étant le fondement de la personnalité psychique dans la démence paralytique, c'est elle qui est toujours incontestablement et définitivement atteinte.

Baillarger peut dire que la rémission est la cessation du délire, mais qu'elle voit la persistance de la démence.

Nous en sommes arrivé, au contraire, à remarquer aujourd'hui que dans les états de rémission dont nous donnons les observations, l'état démentiel a totalement disparu, alors que seuls subsistent chez nos malades certains états mentaux comparables à ceux du début de la maladie, chez l'une une légère euphorie, chez l'autre une impulsion au vol se reproduisant telle qu'elle existait avant l'apparition des troubles démentiels. Encore faut-il tenir compte chez notre première malade des antécédents héréditaires.

Quels enseignements pouvons-nous tirer des faits cliniques? Nous croyons pouvoir affirmer que les rémissions dans l'état mental du malade sont un fait acquis et que la mémoire, malgré les troubles anatomiques, est intégralement récupérée, même la mémoire de fixation, faits qui confirment l'opinion de Régis et Hesnard voyant une aboulie de reviviscence là où d'autres auteurs croyaient à une disparition définitive de la mémoire.

Il est à remarquer que ce sont les psychologues qui les premiers se sont opposés à la théorie psycho-physiologique classique des amnésies et que les observations cliniques semblent aujourd'hui confirmer leur opinion. Il faut donc orienter les recherches sur la démence paralytique dans un sens nouveau et découvrir les causes physiologiques obscures qui agissent sur le cerveau pour provoquer les états mentaux que nous observons dans cette maladie.

Pendant quelque temps, on a donné une importance prédominante au rôle de la méningite. Mais chez des individus qui ne faisaient aucune réaction mentale, on a pu trouver des liquides céphalo-rachidiens riches en albumine avec une lymphocytose énorme.

Nous n'insisterons pas non plus sur le rôle des tissus de réaction inflammatoire, les observations de rémissions montrent leur importance secondaire. L'atrophie cérébrale, les épaissements corticaux ne peuvent plus être considérés comme l'unique cause morbide de la démence, mais pourraient plutôt être l'effet de causes inconnues.

La sclérose névroglique ne peut pas être nécessairement invoquée comme la cause de la démence par atrophie. Dans bien des cas, en particulier chez les idiots et les crétins, c'est une hypertrophie cérébrale qui suit les réactions névrogliques.

L'état mental des déments paralytiques doit donc être fonction d'un autre facteur.

On a déjà remarqué l'importance des lésions du système sympathique dans la paralysie générale, et les histologistes ont pu étudier les réactions morbides des ganglions sympathiques.

dans la paralysie générale aiguë et dans les paralysies de longue durée. Ces lésions sont constantes.

MM. Bonnet et Poincaré n'hésitent pas à dire : « Pour nous, c'est l'action vaso-motrice qui cause en très grande partie les troubles de la motilité, provoque ceux de la sensibilité, modifie les sécrétions, détruit les conditions centrales et périphériques, entrave les attributs normaux des phénomènes réflexes et forme simultanément l'élément congestif cérébral. C'est là qu'il faut voir le *primum movens* de la maladie, et la paralysie générale vient résumer pour nous la plus grande partie de la pathologie sympathique. »

Les auteurs ne doivent certes pas exagérer le rôle du sympathique dans les phénomènes de la paralysie générale ; il restera, pour les auteurs qui chercheront la solution du problème, à déterminer le rôle physiologique du sympathique dans les troubles mentaux de la maladie.

Les troubles pupillaires sont déjà les témoins de lésions constantes du sympathique et peut-être sont-ils plus ou moins en corrélation avec les troubles mentaux selon que les filets sympathiques sont plus ou moins lésés.

Le système sympathique, d'autre part, commande à la régulation de toute la circulation cérébrale par les systèmes vaso-moteurs ; c'est donc surtout par les lésions de ce système que s'établiront les troubles dans le système circulatoire qui est toujours atteint avec plus ou moins d'intensité dans la paralysie générale.

Il serait encore intéressant de déterminer l'état circulatoire et ses modifications dans les infections surajoutées à la paralysie générale et qui déterminent des rémissions ; la modification de l'état circulatoire local agit-elle sur l'état général ? A ce propos, il est incontestable que les Allemands ont eu de beaux résultats en inoculant aux déments paralytiques le paludisme ; il est hors de doute que la fièvre paludéenne doit entraîner une grande perturbation dans l'état circulatoire général. On peut remarquer, d'ailleurs, que la paralysie générale semble plus rare dans les pays où le paludisme sévit à l'état endémique.

Dans le cadre restreint de cette thèse, il ne nous est pas permis d'entrer dans la discussion du mode d'action de la toxine syphilitique pour arriver à provoquer des troubles physiologiques. Nous concluons en formant le vœu qu'on arrive à dévoiler le processus encore mystérieux par lequel la paralysie générale entraîne le sommeil de la personnalité psychique.

CONCLUSION

I. — La signification du mot *démence*, après avoir été extraordinairement compréhensive, s'est limitée peu à peu. De nos jours, selon la conception classique française, elle comprend les états de *déchéance intellectuelle* et de caractère irréductible.

II. — L'étude des caractères cliniques des rémissions dans le cours de la *démence paralytique* constitue la partie clinique de notre travail. Pour en bien montrer le sens, nous confrontons les symptômes de *paralysies générales* ayant évolué longuement avec ceux de *syndromes pseudo-paralytiques*, en apparence identiques.

III. — Il résulte de l'examen des observations que nous publions que les symptômes qui constituent le *syndrome démentiel* : *amnésie*, *déchéance du jugement*, de l'*affectivité* et de l'*activité*, sont susceptibles de s'atténuer et de disparaître d'une manière qu'on aurait pu croire impossible.

IV. — C'est donc que les lésions anatomiques, jusqu'à maintenant connues, ne suffisent pas à expliquer toute la pathogénie des troubles mentaux dans la *paralysie générale*, car on ne peut supposer que la *sclérose méningée et cérébrale* ainsi que l'*atrophie du cerveau* qui se sont fatalement produites au cours d'une longue évolution disparaissent tout à coup pendant la *rémission*.

V. — Mais sans entrer dans des considérations de cet ordre et en ne s'attachant qu'à la notion psychologique de la démence, on peut dire que les conceptions actuelles ont besoin d'être revisées, car on va trop loin dans une voie pleine d'incertitudes en soutenant l'inexistence et la perte définitive de fonctions mentales dont on ne constate pas le jeu pendant une période déterminée, même longue.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
R. CRUCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 31 janvier 1924.
Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHEAUME et PIQUEMAL. — *Encéphale*, 1913.
- ARNAUD. — Thèse de Paris, 1888.
- ARNAUD et VALLON. — *Encéphale*, 1908.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales.
- BALLAND. — Thèse de Strasbourg, 1868.
- BAYLE. — Thèse de Paris, 1822.
- BALLET (Gilbert). — Traité des maladies mentales.
- BERGSON. — Matière et mémoire.
- BLONDEL. — La conscience morbide.
- BONDON. — Thèse de Paris, 1886.
- CAZENEUVE. — Thèse de Bordeaux, 1903.
- DAMAYE. — *Archives de neurologie*, 1913.
- DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE.
- DUPRÉ. — *Journal médical français*, 1914.
- DESPORT. — Thèse de Bordeaux, 1922.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie des praticiens.
- GEORGET. — De la folie.
- JUQUELIER. — *Revue de psychiatrie*, 1906.
- Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1910.
- KRAFFT-EBBING. — Traité de psychiatrie, 1897.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Précis de psychiatrie.
- LARROQUE. — Thèse de Paris, 1885.
- LAFFITE. — *Annales médico-psychologiques*, 1882.
- MIGNARD. — *Encéphale*, 1921.
- MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860.
- PINEL. — Traité médico-philosophique, An IX.

ROQUES DE FURSAC. — Précis de psychiatrie.

RÉGIS. — Précis de psychiatrie.

RÉGIS et HESNAID. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1920.

RÉGIS et DE PERRY. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.

RIBOT. — Maladies de la mémoire.

Revue de neurologie, 1921.

SALOMON. — Thèse de Paris, 1912.

TRAITÉ international de médecine mentale.

VIBERT. — Médecine légale.

